

Törpe, Maria

**Vermeidung von stationären Hilfen für Kinder psychisch
kranker Eltern- dargestellt an einem Fallbeispiel**

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Törpe, Maria

**Vermeidung von stationären Hilfen für Kinder psychisch
kranker Eltern- dargestellt an einem Fallbeispiel**

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Erstprüfer: Frau Prof. Dr. phil. Wedler

Zweitprüfer: Dipl.-Pädagogin Dominique Arnaud

Bibliographische Beschreibung:

Törpe, Maria:

Beschreibung eines Falles aus der Praxis und Aufzeigen von Alternativen der Kinder- und Jugendhilfe, um stationäre Hilfen von Kindern psychisch kranker Eltern zu vermeiden.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2011

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Vermeidung von stationären Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. Anhand eines Fallbeispiels werden sowohl die Belastungen des betroffenen Elternteils als auch die der Kinder aufgezeigt. Durch die Beschreibung von möglichen Hilfen werden Alternativen aufgezeigt, die adäquat den Bedürfnissen der Klientel begegnen und dabei auf die Notwendigkeit von entsprechenden Kenntnissen, im Umgang mit psychischen Erkrankungen, hinweisen.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf einer intensiven Literaturrecherche, um die bestehende Problemstellung zu beleuchten und Lösungen zu finden.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Bewältigungsstrategien	2
2.1	Risikoforschung	2
2.2	Resilienzforschung	4
2.3	Vulnerabilitätsforschung	6
3.	Sozialpsychiatrische und familienorientierte Ansätze	7
4.	Sozialpädagogische Ansätze	8
5.	Psychische Erkrankung	9
5.1	Schizophrenie	9
5.1.1	Symptome – Zeichen der Krankheit	12
6.	Aktuelle Lebenssituation	13
6.1	Kinder als Angehörige	13
6.2	Elternschaft und psychische Erkrankung	16
7.	Fallbeispiel	17
7.1	Fallanalyse	21
8.	Präventive Lösungsansätze und alternative Möglichkeiten zur Vermeidung stationärer Hilfen der Kinder	25
8.1	Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie	25
8.2	Systemische Familientherapie	30
8.3	Informationsvermittlung als Hilfeangebot	32
8.4	Mutter- Kind- Behandlung	34
8.5	Familienrat	35

9. Finanzierung der Hilfen	39
9.1 Rechtliche Grundlagen für Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII)	39
10. Schlusswort	43
Literaturverzeichnis	46
Anhang	
Gesprächsführung mit Kindern	A
Gesprächsleitfaden – Eltern	B
Gesprächsleitfaden – Familie	C
Kooperationsvereinbarung	D
Fragenkatalog „Erinnerung an die Zukunft“	H
Netzwerkkarte	I
Krisenplan	J
Formulierungshilfen für eine kindgerechte Psychoedukation	S
Gesprächsleitfaden – Diagnostische Fragen	V
Genogramm	W
Eidesstattliche Erklärung	

1. Einleitung

Menschen, mit einer psychischen Erkrankung, haben in unserer Gesellschaft mit Vorurteilen zu kämpfen. Dabei stellen psychisch kranke Eltern in unserer Gesellschaft keine Randgruppe dar. In Deutschland gibt es nach Schätzungen ca. 200.000 bis 500.000 minderjährige Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil (Schöne/Wagenblast 2006a, vgl. Lenz 2005). Dem Thema, Kinder psychisch kranker Eltern, sollte mehr Beachtung zugeschrieben werden, da deren Erreichbarkeit aufgrund andauernder Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Erkrankungen erschwert ist und sie nur schwer adäquat an Hilfesysteme vermittelt werden. Dabei stellt die Erreichbarkeit solcher, einen wichtigen Bedarf für Betroffene dar. Hilfsangebote müssen verbessert und die Finanzierung derartiger Angebote muss geregelt werden. Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Hilfesystemen wie Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie sollte erreicht und gefestigt werden. Gemeinsame Netzwerke sollten geschaffen werden, um die Situation von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil zu verbessern (vgl. Allo 2010).

Wenn ein Elternteil psychisch krank ist, leidet auch die Seele der Kinder. Während es für die Kranken ein Netz medizinischer und therapeutischer Hilfe gibt, bleiben Kinder oft auf sich allein gestellt. Sie erleben extreme Verhaltensweisen von Mutter oder Vater, rutschen häufig in die Rolle des Vernünftigen, der Familie und Haushalt am Laufen hält, und versuchen nach außen das Bild einer heilen Familie zu zeigen. Kinder zeigen sich dann stark und übernehmen Aufgaben der Erwachsenen. Es kommt zu einer Rollenübernahme. Ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse kommen dabei schnell zu kurz. In unserer heutigen Zeit haben sich die Diagnosen der psychischen Erkrankungen erhöht. Dies hat zur Folge, dass die Klientel der Sozialen Arbeit sich gewandelt hat und die Unterstützungs- und Hilfsangebote an diese angepasst werden müssen.

In dieser Arbeit beschäftige ich mich mit dem Thema der Vermeidung von stationären Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. Ich möchte die Notwendigkeit von adäquater Hilfe für betroffene Kinder und ihrer Eltern

aufweisen, indem ich die momentanen Hilfeangebote aufzeige und die damit verbundenen Belastungen für die Kinder und dem erkrankten Elternteil formuliere. Ich werfe zu Beginn einen Blick auf den aktuellen Stand der Forschung, die sich mit den Bewältigungsstrategien der Kinder beschäftigt, erläutere das Krankheitsbild der Schizophrenie und betrachte sowohl die Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern als auch die Perspektiven der Eltern. Nach sozialpsychiatrischen-, familienorientierten und sozialpädagogischen Ansätzen wage ich einen Ausblick in die Praxis und schildere einen Fall, anhand dessen ich versuche mögliche Alternativen und adäquate Hilfe- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen.

2. Bewältigungsstrategien

In den vergangenen Jahren, gehört zu den wichtigsten Fortschritten der Psychiatrie, „die ständig zunehmende Erkenntnis, dass die Fürsorge, die ein Kind in den ersten Lebensjahren von den Eltern erhält, für seine spätere seelische Gesundheit von lebenswichtiger Bedeutung ist“ (zit. nach Bowlby, S.11).

Wie aber gehen Kinder mit belastenden Situationen um? Ein Großteil der Kinder reagiert mit passiv- vermeidenden Bewältigungsverhalten. Sie zeigen Rückzugsverhalten, versuchen sich abzulenken und fliehen in Fantasiewelten, wo sie ihre Gedanken und Gefühle verdrängen können (vgl. Lenz 2005, S. 117). Es gelingt ihnen nur selten, sich aktiv mit der Situation auseinanderzusetzen, indem sie sich öffnen, Gefühle zulassen und sich Familienangehörigen oder anderen Personen aus ihrem sozialen Umfeld anvertrauen. Dabei spielen aktive Bewältigungsstrategien eine große Rolle. Gerade Großeltern oder Menschen mit ähnlichen Erfahrungen können zu vertrauensvollen Gesprächspartnern werden und den Kindern und Jugendlichen besonders in Krisensituationen eine große Stütze sein (vgl. Lenz 2005, S. 117ff).

2.1 Risikoforschung

Die *Risikoforschung* verfolgt das Ziel, Gruppen mit hohem Erkrankungsrisiko näher zu beschreiben. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen dabei die

Merkmale, in denen sich diese Risikogruppen von „normalen“ Vergleichsgruppen unterscheiden. In vielfältiger Weise sind Kinder, die in einer Familie aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, durch die elterliche Erkrankung betroffen. Demnach stehen sie unter einem erhöhten Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Es lässt sich vermuten, dass ein Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung des Elternteils und Störungen der kindlichen Entwicklung besteht. In einer Studie von Remschmidt und Mattejat (1994) wurde festgestellt, dass ein Drittel der Kinder in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, einen psychisch kranken Elternteil haben (Lenz). Die Erkrankung der Eltern kann als eine belastende psychosoziale Entwicklungsbedingung beschrieben werden. Vor allem die sozial- emotionale und in einem geringeren Maße auch die kognitive Entwicklung sind bei den Kindern auffällig. Zum einen stehen depressive Störungen und zum anderen aggressive, dissoziale und hyperkinetische Verhaltensstörungen im Vordergrund (vgl. Lenz, S.13). Die hohe Rate an psychischen Störungen bei den Kindern legt den Schluss nahe, dass genetische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen (Lenz). „Während das Lebenszeitrisko an einer Schizophrenie zu erkranken bei ca. 1% liegt, ist die Wahrscheinlichkeit für Kinder schizophrener Eltern, selbst an einer Schizophrenie zu erkranken mehr als verzehnfacht und liegt bei 10% bis 15%“ (vgl. Tienari, 1987; Canino, 1990; zit. nach Lenz, S.14). Psychisch erkrankte Eltern weisen Defizite im kognitiven und emotionalen Bereich sowie im Verhalten auf. Diese manifestieren sich im Umgang mit den Kindern und erhöhen dadurch das Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Es ist zu beachten, dass sich besonders das gemeinsame Auftreten mehrerer Risikofaktoren gravierend auf die kindliche Entwicklung auswirkt. So verfügen Familien, mit einem erkrankten Elternteil, häufig nicht über ein angemessenes außerfamiliäres soziales Netzwerk. Ohne ausreichende unterstützende Bezüge zu Verwandten, Freunden, Bekannten, Nachbarn und Arbeitskollegen leben sie nicht selten sozial isoliert. Zu erwähnen bleibt, dass die eigentliche Diagnose des Elternteils weniger bedeutsam für die kindliche Entwicklung ist, als andere

Dimensionen der elterlichen Psychopathologie¹ wie die Chronizität, die Rückfallhäufigkeit, die symptomfreien Perioden, der Schweregrad der Erkrankung und das gemeinsame Auftreten mehrerer psychosozialer Risikofaktoren (vgl. Lenz 2005, S.16).

2.2 Resilienzforschung

Die *Resilienz- und Bewältigungsforschung* fragt danach, warum manche Personen trotz Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich relativ leicht von Störungen erholen, während andere unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig sind. Das Risiko der Kinder von psychisch kranken Eltern, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, ist deutlich erhöht. Zum einen ist die genetische Disposition gegeben, zum anderen werden die Kinder mit ungünstigen psychosozialen Entwicklungsbedingungen konfrontiert. Dennoch erkranken die meisten Kinder nicht selbst. Bereits Eugen Bleuler² konnte 1972 in der Langzeitstudie „Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten“ aufzeigen, dass Kinder in schwierigen familiären und sozialen Konstellationen durchaus in der Lage sind, ihr Leben adäquat zu meistern. Er stellte fest, dass drei Viertel von 184 beobachteten Kindern, an Schizophrenie erkrankter Eltern, gesund blieben. „...selbst langdauernde Erziehung durch zwei schizophrene Eltern prädestinierte ein Kind nicht dazu schizophren oder auch abnorm zu werden. Normale Entwicklung kann auch angesichts totaler Vernachlässigung, ausgeprägter Vorbilder von Irrationalität, auch angesichts der totalen Verformung der Vorstellungswelt der Eltern stattfinden“ (Bleuler, 1972, zit. nach

¹ Die Psychopathologie ist ein Teilbereich der Psychiatrie und beschäftigt sich mit den Formen eines (krankhaft) veränderten Gefühls- bzw. Seelenlebens. Hierbei geht es um das Studium der Ursachen und Prozesse in der Entwicklung psychischer Erkrankungen und die Beschreibung ihrer Symptome bzw. Erscheinungsweisen.

² Paul Eugen Bleuler (* 30. April 1857 in Zollikon; † 15. Juli 1939 ebenda) war ein Schweizer Psychiater.

Anthony, 1980, S.13, zit. nach Lenz, S.17). Als Resilienz wird sowohl der Prozess der bio- psycho- sozialen Adaption als auch das Ergebnis der Anpassung zusammengefasst (Bender & Lösel, 1998, zit. nach Lenz, S.17). Dabei steht eine relative Widerstandskraft gegenüber pathogenen Umständen und Ereignissen. Ziel der Forschung ist es, die protektiven Effekte personaler und sozialer Ressourcen zu identifizieren. Wenn die Ressource die pathogene Wirkung vorhandener Risiken verhindert, spricht man von einem protektiven Faktor. Vielmehr liegt der Schwerpunkt der Betrachtung auf bestimmte Größen, die den Menschen gesund halten. So stellt ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament einen wichtigen Schutzfaktor dar. Kinder, mit einem „schwierigen“ Temperament, werden häufiger zum Ziel der elterlichen Kritik, Reizbarkeit und Feindseligkeit. Das wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Die Eltern-Kind- Beziehung wird stärker belastet, in aller Regel kommt es verstärkt zu Konflikten und Erziehungsschwierigkeiten, was in der Folge zu einer Verschärfung der Situation und zu weiteren Belastungen führen kann. In der Resilienzforschung wird der Fokus weg von den negativen Auswirkungen, die viele Kinder psychisch kranker Eltern ausgesetzt sind hin zu den Kindern gelenkt, die keinerlei Auffälligkeiten trotz belastender Ereignisse zeigen. Damit wird deutlich, dass Kinder psychisch kranker Eltern nicht immer psychisch auffällig werden müssen (vgl. Allo, 2010).

Doch nicht jedes Kind, das sich positiv entwickelt, kann als resilient bezeichnet werden. Resiliente Kinder und Jugendliche zeigen bei vergleichbaren Belastungen, mehr emotionale Einfühlungs- und Ausdrucksfähigkeit und bessere soziale Problemlösungsfähigkeiten als Vergleichsgruppen (Vgl. Luthar, 1991; zit. nach Lenz 2005 S. 17). Eine ausreichende alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und die Behandlung des erkrankten Elternteils erweist sich als ein sehr bedeutender protektiver Faktor. Ebenso nimmt eine stabile, emotional warme Bindung zu einem Elternteil eine wichtige Schutzfunktion gegenüber anderen Stressoren ein. „Zur angemessenen Krankheitsbewältigung gehören neben Einstellung und Einsicht die lebenspraktische familiäre Organisation und Aufgabenverteilung, die Nutzung von informellen Hilfsmöglichkeiten im sozialen Netzwerk, die

Anpassung der beruflichen bzw. schulischen Situation an die Erkrankung sowie die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie und anderen medizinisch-therapeutischen Bereichen und mit der Jugendhilfe“ (zit. nach Lenz 2005 S.19) Des weiteren tragen das Vorhandensein und die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung sowohl durch Familienglieder und Verwandte als auch durch außenstehende Personen wie LehrerInnen, ErzieherInnen, Freunde und Schulkameraden wesentlich zur Resilienz bei. Man spricht von einem sozialen Netzwerk, welches ein Beziehungsgeflecht bezeichnet, dass Menschen mit anderen Menschen und Institutionen mit anderen Institutionen verbindet (vgl. Universität Hamburg).

2.3 Vulnerabilitätsforschung

Die *Vulnerabilitätsforschung* versucht Frühsymptome bzw. Vorläufersymptome psychischer Erkrankungen zu identifizieren, um Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen zu finden. Dabei verstehen Zubin und Spring eine Schwellensenkung des Menschen gegenüber bestimmten Reizen (vgl. Lenz 2005 S.23). „Die Absenkung besteht vor allem gegenüber sozialen Reizen, die dadurch zu Stressoren werden“ (zit. nach Lenz 2005 S.23). Der Begriff Coping leitet sich vom Englischen „to cope with“ ab und bedeutet, jemandem oder etwas gewachsen sein, fertig werden, bewältigen, meistern. Den Betroffenen fehlt es an genau diesen Mechanismen der Gegenregulation, sodass ein Gleichgewicht, welches für die Bewältigung notwendig ist, nicht aufrechterhalten werden kann. Die Ursache für die Vulnerabilität besteht in einer Störung der Informationsverarbeitung des Gehirns. Die Störung wird zum Problem, da bei bestimmten Belastungen, die Bewältigungsmöglichkeiten des vulnerablen Menschen nicht ausreichen, um die von außen und innen kommenden Reize aufzunehmen, zu ordnen, zu verstehen, zu bewerten sowie adäquat darauf zu reagieren (vgl. Lenz 2005 S.23). In Belastungssituationen kommt es zu einer Überflutung durch von innen und außen kommende Informationen, was auf der psychischen Ebene zu Angst, Anspannung und einer tief greifenden Erschütterung des kindlichen Selbst- und Weltverständnisses führen kann (Hüther, 2001; vgl. Lenz, S.24).

3. Sozialpsychiatrische und familienorientierte Ansätze

Mit Blick auf die Risikoforschung und der genetischen Vulnerabilität für Kinder psychisch kranker Eltern wird deutlich, dass Aspekte der Familiendynamik eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen und daher berücksichtigt werden müssen (vgl. Riedel, S.63). „Mattejat beschreibt, dass Psychosen als Ausdruck pathologischer Interaktionsmuster zu verstehen sind“ (zit. nach Riedel, S. 63f). Demnach scheint der Verlauf schizophrener Erkrankungen in Abhängigkeit zum vorherrschenden emotionalen Interaktionsstil der Familien zu stehen (ebd.). „Ein diesbezüglich in der Literatur immer wieder auftauchendes Forschungsgebiet ist die Untersuchung des emotionalen Gehalts von Kommunikation in Familien, was unter dem Begriff der Expressed Emotions zusammengefasst wird“ (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994a;1994b; Jungbauer et. al. 2001, zit. nach Riedel, S. 64). Psychisch kranke Menschen hatten nach dem Klinikaufenthalt ein erhöhtes Rückfallrisiko, welches mit dem familiären System, in das sie zurückkehrten sowie mit der Art und Weise der Kommunikation in ihrer Familie zusammenhängt (ebd.). Im Rahmen der Überlegungen zur Familiendynamik ergänzten Laucht et al. einen wichtigen Aspekt. Die Beziehung zwischen der elterlichen Auffälligkeit und einer möglichen Entwicklungsstörung beim Kind ist keine einseitige Angelegenheit, sondern es muss von einer wechselseitigen Beeinflussung beider Seiten ausgegangen werden. „In vereinzelt Untersuchungen wird diesbezüglich nachgewiesen, dass nicht nur der psychische Zustand der Mutter die Entwicklung ihres Kindes beeinflusst, sondern sich auch die mütterlichen Erfahrungen im Umgang mit ihrem Kind auf die psychische Gesundheit der Mutter auswirken“ (zit. nach Riedel, S. 65). Diese bilaterale Wechselwirkung zwischen Mutter und Kind wird zum Anlass genommen, Präventionsangebote zum frühestmöglichen Zeitpunkt einzufordern (ebd.). Beispielsweise werden Unterstützungsangebote verlangt, die bereits vor der Geburt des Kindes einer psychisch kranken Mutter greifen, um den genannten Belangen Rechnung zu tragen. Dabei soll der Gefahr vorgebeugt werden, dass sich die Eltern bereits kurz nach der Geburt mit der Realität des Kindes - bei ansonsten durch die

psychische Erkrankung bedingten unklaren Realitätswahrnehmungen - konfrontiert sehen und überfordert werden (ebd.).

4. Sozialpädagogische Ansätze

Nach Renschmuth und Mattejat setzen die sozialpädagogischen Ansätze ihren Schwerpunkt auf die natürlichen familiären Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten. Dabei liegt das Interesse darin, diese zu aktualisieren und zu intensivieren (vgl. Riedel, S. 66). Dabei werden die Lebenswelten und existierenden Ressourcen³ der Kinder und ihrer Familien in das Zentrum der Forschung gerückt (Schone und Wagenblass, 2001; vgl. Riedel, S. 66). Demnach ist eine systematische Untersuchung der Lebenswelt der betroffenen Kinder und ihrer Familien, die zentrale Aufgabe der sozialpädagogischen Forschung. Durch das dadurch entstehende umfassende Bild der komplexen Realität der betroffenen Kinder und ihrer Eltern, ist es möglich, gezielte Interventionen, wie etwa problem- und lebensweltorientierte Hilfeangebote zu schaffen (ebd.). Es ist notwendig, sich verstärkt mit dem subjektiven Erleben von Kindern psychisch kranker Eltern auseinanderzusetzen. Welche Faktoren und Umweltbedingungen befähigen die Kinder, die Belastungen des Zusammenlebens mit einem psychisch kranken Elternteil zu bewältigen? Bei der Inanspruchnahme öffentlicher Hilfen ist eine große Zurückhaltung seitens der Familien festzustellen. Seitens der institutionellen Ebene muss festgestellt werden, dass sowohl in der medizinischen Versorgung als auch in Institutionen sozialer Arbeit Hilfsangebote für die Kinder erst angeboten werden, wenn das Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten Dimensionen annimmt, die nicht mehr zu übersehen sind. Das impliziert auch, dass spezielle präventive Ansätze in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern im Bereich der Jugendhilfe und Medizin wenig institutionalisiert sind. „Um angemessene Hilfe und Unterstützung für Kinder mit psychisch kranken Eltern gewährleisten zu können, ist es demzufolge erforderlich sowohl auf der Praxis- als auch auf der Forschungsebene eine Verzahnung der Ansätze und Perspektiven vorzunehmen. Erst durch einen

³ Als Ressource bezeichnet man all das, was durch seine Verfügbarkeit die Bewältigung von einem kritischen Ereignis erleichtert

solchen interdisziplinären Zugang von Praxis und Forschung kann die Komplexität der Lebenswelt dieser Kinder entsprechend berücksichtigt werden“ (Schone und Wagenblass 2001, S. 17; zit. nach Riedel, S. 67).

5. Psychische Erkrankung

Eine psychische Störung bezeichnet eine Störung im Erleben und Verhalten und kann unterschiedliche Formen annehmen – von leichten bis hin zu schweren Störungen. Sie ist charakterisiert durch abweichendes Verhalten von der Norm, abweichend vom „normalen“, positiven Verhalten der Gesellschaft. Des Weiteren kann ein persönlicher Leidensdruck ein weiteres Kriterium für eine psychische Störung sein.

Die Behandlungskosten psychischer Erkrankungen haben in Deutschland einen neuen Höchststand erreicht. Die Kosten für medizinische Heilbehandlungen, Prävention, Rehabilitation und Pflege sind zwischen 2002 und 2008 um 16 Prozent auf 254,3 Milliarden Euro gestiegen. Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen inklusive Demenz und Depressionen schlugen 2008 mit zusammen knapp 28,7 Milliarden Euro zu Buche. Damit stehen diese Krankheiten inzwischen an dritter Stelle in der sogenannten Krankheitskostenrechnung (Statistisches Bundesamt, 2011).

5.1 Schizophrenie

Berücksichtigt man das Wissen über Schizophrenie und überträgt es auf den familiären Alltag, lassen sich vielerlei Probleme und Belastungen für die Angehörigen feststellen. Ich möchte mich mit der Erkrankung der Schizophrenie beschäftigen, da ich später mit einem Beispiel aus der Praxis auf genau dieses Krankheitsbild treffe. In den westlichen Kulturen gehört die Schizophrenie zu den schwerwiegendsten psychischen Erkrankungen. Die gesamte Persönlichkeit wird in unterschiedlichen Dimensionen beeinflusst und äußert sich auf verschiedenen Ebenen.

„Laut der Begriffserklärung handelt es sich bei einer Schizophrenie um eine Geistesstörung unterschiedlicher Ausprägung ohne nachweisbare körperliche Ursache mit häufig ungünstigem Verlauf“ (zit. nach Bleuler, 1911, vgl. Törpe, S.

2). Nach heutigen diagnostischen Konventionen (ICD 10)⁴ handelt es sich um eine endogene Psychose⁵ mit charakteristischen, aber vielgestaltigen Störungen der Persönlichkeit (des Ich oder Selbsterlebens), des Denkens, der Wahrnehmung, der Realitätsauffassung und der Affektivität ohne Beeinträchtigung der Klarheit des Bewusstseins, ohne erkennbare hirnorganische Erkrankung und ohne Einwirkung von Psychedelika⁶. (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 259. Auflage)

Im Vordergrund steht oft eine Störung des Realitätsbezugs, die sich in Halluzinationen und Wahn äußert. Aber auch gerade weniger auffällige Symptome, wie Beeinträchtigungen des Denkablaufs, der Gefühle, der Motorik und des Bezugs zur eigenen Person, sind häufige Merkmale einer Schizophrenie. Diese Erkrankung verläuft in Schüben mit episodisch auftretenden psychotischen Zuständen. In den meisten Fällen handelt es sich um einen chronischen Verlauf. In den Medien wird die Schizophrenie häufig mit der Multiplen Persönlichkeitsstörung verwechselt. Bei dieser Erkrankung existieren zwei oder mehrere verschiedene Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums. Bei der Schizophrenie treten solche Phänomene jedoch nicht auf. Betrachtet man die Entstehung einer Schizophrenie, so scheinen zum einen, biologische Faktoren eine entscheidende Rolle zu spielen. Ebenso jedoch, üben lebensgeschichtliche Bedingungen einen Einfluss auf den Ausbruch und den Verlauf der Schizophrenie aus. 0.5 bis 1 Prozent der Bevölkerung in Deutschland und den westeuropäischen Ländern leiden an Schizophrenie. Die Wahrscheinlichkeit eines Menschen, im Laufe seines Lebens an Schizophrenie zu erkranken, wird auf etwa ein Prozent geschätzt. Dabei sind Frauen und Männer gleich häufig betroffen. Männer erkranken im Durchschnitt drei bis fünf Jahre früher als Frauen. Insgesamt liegt das Haupterkrankungsalter zwischen der Pubertät und dem 30. bis 35. Lebensjahr, wobei es für die verschiedenen

⁴ ICD-10 Internationale Klassifikation der Krankheiten

⁵ Psychosen sind ernste seelische Krisen. Man bezeichnet damit allgemein psychische Zustände, bei denen ein Wandel im Erleben und Verhalten des Betroffenen beobachtbar ist, in denen er gewissermaßen den Kontakt zur Wirklichkeit verloren hat.

⁶ Halluzinogene

Typen der Schizophrenie charakteristische Unterschiede im Zeitpunkt der Ersterkrankung gibt (vgl. Törpe, S. 4). Schizophrenie macht Angst, es ist eine unverstandene psychische Störung. Ihre Erscheinungsformen sind sehr vielseitig. Sie kann leicht sein oder schwer, akut und traumatisch oder schleichend und für Außenstehende kaum wahrnehmbar. Die Erkrankung kann einmalig auftreten oder in längeren und kürzeren Abständen wiederkehren. Sie kann ausheilen, aber auch zur Invalidität führen. Unerfahrene stehen der Krankheit ratlos oder zweifelnd gegenüber. In der Regel ist es eine ernste, aber gut behandelbare Krankheit. Das Verhalten desjenigen ist ohne das Verständnis um diese Zusammenhänge nicht nachvollziehbar. Die Verständigung wird problematisch bis unmöglich. Für das Umfeld ist es schwierig zu begreifen, dass sie es mit einem psychisch gestörten Menschen zu tun hat. Ein gegenseitiges Verstehen ist erst dann möglich, wenn die Krankheit als solche erkannt wird. Dem Ergründen gehen im Alltag langwierige Leidensphasen voraus. Es kommt nicht selten zu heftigen Konflikten, zu Abbrüchen von Freundschaften, zum sozialen Rückzug der Betroffenen, zum Ausschluss aus Vereinigungen und Gruppen, in denen sie lange gelebt haben. Erkrankte Menschen können ihren Beruf und ihre Wohnung verlieren und verwahrlosen. Eine Diagnose und eine psychiatrische Behandlung werden oft erst möglich, wenn normalpsychologische Bewältigungsversuche gescheitert sind und die Situation sich so zuspitzt, dass der Betroffene psychisch zusammenbricht. Gebrauchen wir das Wort Schizophrenie im Zusammenhang mit einem bestimmten Menschen, verwenden wir eine wissenschaftliche Abstraktion, die sich aus einigen speziellen Aspekten seines Verhaltens und seines Erlebens ableitet. (ebd.) Sind diese schwerwiegend, erscheint uns seine Persönlichkeit verändert. Und dennoch bleibt er ein einzigartiges menschliches Wesen. Das grundsätzliche Kennzeichen der Schizophrenie besteht darin, dass das Gesunde, an dem an Schizophrenie erkrankten Menschen, erhalten bleibt. Die Diagnose ist kein Etikett für Menschen, die sich sonderbar verhalten (ebd.).

5.1.1 Symptome – Zeichen der Krankheit

Es werden, je nach Ausprägung der unterschiedlichen Symptome, verschiedene Typen der Schizophrenie unterschieden. Man spricht von einer paranoid- halluzinatorischen⁷ Form. Bei diesem Typ der Erkrankung beherrschen Wahn und Halluzinationen die Symptomatik. Bei der katatonen⁸ Form stehen psychomotorische Störungen im Vordergrund. Überwiegen Affektstörungen, wie „Gefühlswallungen“, Affektverflachung, spricht man der hebephrenen⁹ Form (ebd.).

Die residuale¹⁰ Form beschreibt das Vorherrschen von Symptomen wie Antriebsmangel, Affektarmut und sozialem Rückzug. Des weiteren gibt es die Schizophrenia simplex¹¹. Es handelt sich um eine symptomarme Form, in der vor allem die produktiven Symptome fehlen und es allmählich zu einem durch Negativsymptomatik geprägten Bild (Residualsyndrom) kommt.

⁷ Die paranoide Schizophrenie ist durch beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen. (ICD 10 F20.0)

⁸ Die katatone Schizophrenie ist gekennzeichnet von den im Vordergrund stehenden psychomotorischen Störungen, die zwischen Extremen wie Erregung und Stupor sowie Befehlsautomatismus und Negativismus alternieren können. Zwangshaltungen und -stellungen können lange Zeit beibehalten werden. Episodenhafte schwere Erregungszustände können ein Charakteristikum dieses Krankheitsbildes sein. Die katatonen Phänomene können mit einem traumähnlichen (oneiroiden) Zustand mit lebhaften szenischen Halluzinationen verbunden sein. (ICD 10 F20.2)

⁹ Eine Form der Schizophrenie, bei der die affektiven Veränderungen im Vordergrund stehen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen flüchtig und bruchstückhaft auftreten, das Verhalten verantwortungslos und ist und Manierismen häufig sind. Die Stimmung ist flach und unangemessen. Das Denken ist desorganisiert, die Sprache zerfahren. Der Kranke neigt dazu, sich sozial zu isolieren. Wegen der schnellen Entwicklung der Minussymptomatik, besonders von Affektverflachung und Antriebsverlust, ist die Prognose zumeist schlecht. Eine Hebephrenie soll in aller Regel nur bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen diagnostiziert werden. (ICD 10 F20.1)

¹⁰ Residual v. lat. zurückbleibend

¹¹ Eine Störung mit schleichender Progredienz von merkwürdigem Verhalten, mit einer Einschränkung, gesellschaftliche Anforderungen zu erfüllen und mit Verschlechterung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Die charakteristische Negativsymptomatik des schizophrenen Residuums (Affektverflachung und Antriebsminderung) entwickelt sich ohne vorhergehende produktive psychotische Symptome. (ICD 10 F20.6)

Man spricht von Störungen des Denkens, des Gefühls, des Wollen, Handelns und Ich- Erlebens sowie von zusätzlichen akzessorischen¹² Symptomen. Zu den letzteren gehören z. B. Störungen der äußeren Wahrnehmung. Obgleich diese Darstellung den Eindruck vermittelt, es handle sich um ein klares, abgrenzbares Krankheitsbild, so ist dies keineswegs der Fall (ebd.). Die Vielfalt und der unterschiedliche Grad der Ausprägung der möglichen Symptome erschweren eine Diagnose. Vielmehr stellt sich ein Gefühl von „Hier stimmt etwas nicht“ ein. Es ist unumgänglich zu wissen, dass viele Betroffene nicht in der Lage sind, eigenständig auf die übliche Art und Weise Hilfe zu suchen. Seit Anfang der 70er-Jahre besteht in der wissenschaftlichen Psychiatrie Einigkeit darüber, dass bei Erkrankten ein zentrales schizophrenes Syndrom auftritt. Dazu gehört das Erlebnis der Eingebung von Gedanken, der Gedankenübertragung und des Gedankenentzugs durch Stimmen. Die physische Umgebung wird verändert wahrgenommen. Der Patient führt alle in seinem bisherigen Lebenserfahrungen geläufigen Erklärungen an, um diese Störung verstehen zu können. Hypnose, Telepathie, radioaktive Strahlung aber auch Besessenheit können dabei Inhalt sein. Ein Erkrankter ist unerschütterlich von der Wirklichkeit dessen, was er sieht und hört, überzeugt und hat aus der Sicht seiner Mitmenschen sogenannte „Wahnideen“ (ebd.).

6. Aktuelle Lebenssituation

6.1 Kinder als Angehörige

Besorgte Fragen der Erkrankten, Familienangehörigen, Bekannten und Freunde, woher die Krankheit kommt, sind nicht selten. Hätte eine andere Lebensweise den Ausbruch verhindert? Wer trägt schuld an dieser Krankheit?

Die Ergebnisse der Risiko-, Resilienz- und Vulnerabilitätsforschung zeigen komplexe Zusammenhänge zwischen der psychischen Erkrankung der Eltern bzw. des erkrankten Elternteils und den Auffälligkeiten der Kinder. Bisher

¹² Akzessorisch bedeutet "zusätzlich" oder "hinzutretend". Der Begriff kann sich zum Beispiel auf anatomische Strukturen oder Krankheiten beziehen.

existieren jedoch nur wenige qualitative Studien, die entsprechende Ansatzpunkte für ein vertieftes Verständnis liefern könnten. Im deutschsprachigen Raum sind ab 1971 erste Projekte und Dissertationen zu diesem Thema zu finden (vgl. Riedel, S. 59). Renschmidt und Matzeja publizierten im Jahr 1994 erstmals, in deutscher Sprache, eine wissenschaftliche Untersuchung über Kinder psychisch kranker Eltern (ebd.). Noch heute gilt dieses Werk als eines der wenigen Standardwerke zu diesem Thema (ebd.). Dunn befragte 1993 neun bereits erwachsene, gesund gebliebene Kinder und Jugendliche, deren Eltern bzw. mindestens ein Elternteil psychisch krank waren. Sie berichteten über ihre Erfahrungen und Lebensstrategien zu dieser Zeit (vgl. Lenz 2005 S.27). In den Aussagen der Kinder wurden Themen wie Einsamkeit, Isolation und Entfremdung aufgegriffen. „Die Tabuisierung der Krankheit, die fehlende Aufklärung und die soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung des kranken Elternteils löste bei den Kindern ein Gefühl der Einsamkeit aus, die bis zur Isolation führen kann“ (zit. nach Lenz 2005 S.27). Die Kinder beschrieben ihr Leben, als zwei Welten, die Außenwelt und die Welt innerhalb ihrer Familie. Jedoch blieben beide Welten voneinander getrennt, so dass die Kinder sich aus der Sicht der einen Welt fremd gegenüber der jeweils anderen empfanden. Scham und das Gefühl der Schuld an der elterlichen Erkrankung formen die Lebenswelt der Kinder. Veröffentlichte Studien verweisen auf das deutlich erhöhte Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern, im Laufe ihrer Entwicklung mit Verhaltensauffälligkeiten zu reagieren oder selbst an einer klinisch relevanten psychischen Störung zu erkranken (vgl. Lenz 2005 S.73). Die elterliche Erkrankung übt Einfluss auf die altersabhängige Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und auf die Entfaltung der kognitiven Leistungs- und Fähigkeitsbereiche. Entwicklung wird als Lernprozess aufgefasst, der sich über die gesamte Lebensspanne erstreckt und zum Erwerb von Fertigkeiten und Kompetenzen führt, die zur konstruktiven und zufriedenstellenden Bewältigung des Lebens notwendig sind (vgl. Lenz 2008, S.15). Aufbau organisierter, sicherer und stabiler Bindungen sind wichtige Entwicklungsaufgaben im Kindesalter. Des weiteren erfolgt die Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen und die ersten Ablösungsprozesse. Das soziale

Umfeld wird größer und die Identifikation mit den Eltern sowie mit anderen Bezugspersonen stellt eine zentrale Entwicklungsaufgabe dar.

Kinder, mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil, weisen erhebliche Belastungen im Entwicklungsverlauf auf. „Etwa 20 bis 30% der Kinder, die mit einer an Schizophrenie erkrankten Mutter, aufwachsen, können die grundlegende Entwicklungsaufgabe des Aufbaus einer organisierten Bindungsbeziehung zur Mutter in der frühen Kindheit nicht erfüllen“ (Hipwell et al., 2000, zit. nach Lenz 2008, S. 16). Des weiteren ist das Identifikationsverhalten der Kinder mit ihren Eltern durch die psychische Erkrankung vermindert. Da der überwiegende Teil der Kinder nicht selbst erkrankt, sind ihre Schwierigkeiten offensichtlich anderer Art. Häufig sind sie stärker auf sich gestellt, müssen mehr als andere Kinder mit dem familiären Alltag, mit ihren Problemen in der Schule oder in der Freizeit alleine fertig werden und mit ihrer Einsamkeit zurechtkommen (ebd.). Eine eigene Identität zu entwickeln, ist in dieser Situation sehr schwierig. „Das heranwachsende Kind schlüpft stärker in die Rolle des Ersatzpartners und übernimmt die damit verbundenen Aufträge. Durch die Rollenumkehr bzw. Parentifizierung entfällt für das [...] Kind weitgehend eine wichtige elterliche Identifikationsfigur in der Familie, was die Identitätsentwicklung und Selbstfindung unweigerlich erschweren wird“ (zit. nach Lenz 2008 S.90). Massive emotionale Belastungen gehen mit dem Erleben des Beginns einer psychischen Erkrankung eines Elternteils einher. Die Kinder erleben bewusst, wie der erkrankte Elternteil sich plötzlich verwirrt und unverständlich verhält, misstrauischer wird, nicht mehr ansprechbar ist, sich zeitlich und räumlich nicht mehr orientieren kann. Das Wesen des erkrankten Elternteils wirkt stark verändert und fremd (vgl. Lenz 2008 S.83). Für die Kinder verschärft sich die Dramatik, wenn Mutter oder Vater gegen den eigenen Willen zwangsweise in die Klinik eingewiesen werden muss. Durch die Einleitung der Zwangsmaßnahme werden sie Zeuge, wie der betroffene Elternteil seine Autonomie und Autorität verliert. Solche krisenhaften Entwicklungen gehen meist mit Suiziddrohungen oder gar Suizidversuchen einher, die wiederum eine schwere emotionale Belastung für die Kinder und Jugendlichen darstellen. Als Folgen der Klinikeinweisung eines Elternteils

können schmerzliche Verlusterfahrungen, einschneidende Veränderungen in der familiären Lebenssituation und eine traumatisierende Wirkung der Zwangseinweisung, benannt werden. Kinder und Jugendliche werden durch die psychische Erkrankung eines Elternteils mit schwerwiegenden Gefühlen und Gedanken konfrontiert. Sie erleben die Angst, durch den Klinikaufenthalt von dem erkrankten Elternteil längerfristig getrennt zu werden oder diesen gar ganz zu verlieren. Die Krankheit könne sich verschlimmern, bis hin, dass dem erkrankten Elternteil etwas zustoßen könnte, selbst- oder fremdverschuldet. Erleben Kinder die akuten Krankheitsphasen häufiger, folgen meist Resignation und Hoffnungslosigkeit (vgl. Lenz 2005, S.89).

6.2 Elternschaft und psychische Erkrankung

Psychisch kranke Eltern stellen in unserer Gesellschaft keine Randgruppe dar. Es variieren Angaben über den Anteil psychisch kranker Eltern mit minderjährigen Kindern zwischen 9% und 61% (Oates, 1997, Bauer & Lüders, 1998, vgl. Lenz 2005, S. 33). „Stollberger verweist auf Schätzungen internationaler Herkunft, wonach 50% aller psychisch kranken Menschen auch Eltern sind“ (zit. nach Riedel, S.58). Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann immer wieder zu Beeinträchtigungen in der Versorgung und der Erziehung der Kinder führen. Diese Einschränkungen belasten den erkrankten Elternteil zusätzlich. Durch die psychische Erkrankung des Elternteils gerät das System Familie durcheinander. „Die Grenzen zwischen den Subsystemen werden diffus, insbesondere die Generationsgrenzen verwischen“ (zit. nach Lenz 2005, S.92). Innerhalb der Familie scheinen vertraute Gefühlsreaktionen, Wahrnehmungen und Handlungsweisen hinter der Krankheit zu verschwinden. Die gesamte Familie erlebt die Verschlechterung des Gesundheitszustandes des betroffenen Elternteils mit. Sie werden Zeuge der krisenhaften Entwicklung. Es kommt zu Loyalitätskonflikten und die Kinder werden nicht selten in elterliche Auseinandersetzungen involviert. Die bestehenden Schuldgefühle der Eltern werden verstärkt und Ängste und Sorgen über die Zukunft der Kinder beeinflussen die Lebenswelt, in der es zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes kommen kann (vgl. Lenz 2005, S. 34). Diese krisenhafte Situation kann sich zuspitzen, wenn der

erkrankte Elternteil die Sorge lebt, die elterliche Sorge für die Kinder abgeben und den damit verbundenen Verlust der Beziehung fürchten zu müssen. „Mehrere Studien weisen nach, dass der Verlust des Kindes durch die Entziehung des Sorgerechts eine reale Gefahr für den erkrankten Elternteil darstellt und eine erneute Dekompensation bewirken kann“ (vgl. Nicholson et. al., 1998, zit. nach Lenz 2005, S. 34).

Betrachtet man die juristische Ebene, so stellt eine psychische Erkrankung eines Elternteils noch kein Hindernis zur Ausübung des Sorgerechts dar (vgl. Schone, 1998, vgl. Lenz ebd.). Ob Eltern in der Lage sind, ihre Sorge zum Wohle des Kindes wahr zu nehmen, hängt vielmehr vom konkreten Verhalten derjenigen ab. Das Bundesverfassungsgericht stellte 1982 fest, dass sowohl eine psychische Krankheit als auch eine geistige Behinderung grundsätzlich zu den Lebensumständen gehören, die das Kind als schicksalhaft hinzunehmen hat. Dies wiederum rechtfertigt aber noch nicht einen Eingriff in die elterliche Sorge. „Andererseits kann mangelnde Einsichts- und Schuldfähigkeit der Eltern nicht Hinderungsgrund für kindeschützende Maßnahmen sein. In besonderer Weise gilt es dabei, die verfassungsrechtlichen Grundsätze zu beachten, dass vorhandene Erziehungsdefizite vorrangig durch unterstützende öffentliche Hilfen auszugleichen sind. Als weiteres kommen dann begrenzte Sorgerechtsbeschränkungen in Frage. Eingriffe in die elterliche Sorge, die mit der Trennung von Eltern und Kindern verbunden sind, dürfen nur unter strikter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit erfolgen. Eine Trennung des Kindes von seinen Eltern ist nur zulässig, wenn andere Maßnahmen nicht mehr ausreichen, um die Gefahr für das Kind abzuwehren“ (Münder, 1994, S. 4, zit. nach Lenz ebd.).

7. Fallbeispiel

Frau E. war Besucherin einer familienbildenden Einrichtung im Chemnitzer Stadtteil Sonnenberg, in welcher ich tätig bin. Der Erstkontakt erfolgte durch den ASD, der telefonisch Kontakt mit der Einrichtung aufnahm, mit der Frage

nach Räumlichkeiten für einen begleiteten Umgang¹³. Eine Bitte des ASD war die Bereitstellung eines Sozialpädagogen, der gegebenenfalls Ansprechpartner sein könnte. Dies konnte realisiert werden, so dass die Räumlichkeiten für diese Maßnahme bereitgestellt werden konnten. Frau E. ging während ihrer Besuche sehr offen mit ihrer Erkrankung um, wie ich durch Gespräche erfahren konnte. Sie litt an einer diagnostizierten Schizophrenie. Sie berichtete über Angstphasen, in denen sie sich verfolgt fühlte und Stimmen wahrnahm. Aber auch affektive Störungen gehörten zu ihrem Krankheitsbild. So folgten depressiven Episoden, in denen sie lustlos und ohne jegliche Motivation schien, Zeiten der Manie.¹⁴ Frau E. ist 44 Jahre alt und Mutter von fünf Kindern, im Alter zwischen zwei und 19 Jahren, von denen keines mehr bei ihr lebte. Zu den Vätern ihrer Kinder besteht keine Bindung mehr. Mit dem Ende der Beziehung zu dem Vater von J. hatte sie noch stark zu kämpfen. Sie klagte immer wieder über ihre stationären Aufenthalte und gab sich die Schuld für die Wegnahme ihrer Kinder. Als sie in die familienbildende Einrichtung kam, befand sie sich in einer ambulanten Anschlusstherapie. Sie erzählte von ihrer Mutter, die das gleiche Krankheitsbild aufwies, jedoch nicht mehr am Leben ist. Eine wichtige Bezugsperson stellte ihr Vater dar, dessen Meinung ihr stets sehr wichtig war und sie bemüht war, den Kontakt zu ihm aufrecht zu halten. In ihrem sozialen Umfeld pflegte sie Kontakt zu Freunden, deren Hilfe und Unterstützung ihr sehr wichtig waren (siehe Genogramm, Anhang, S.W).

Den begleiteten Umgang hatte sie mit ihrem jüngsten Sohn, der in einer Pflegefamilie untergebracht war. Zweimal in der Woche hatte sie nun die Möglichkeit ihren Sohn (J.) zu sehen. Die Pflegemutter, Ende 50 Jahre, war dabei immer anwesend. J. wirkte zu Beginn der Treffen stets reserviert und zurückhaltend. Die neue Umgebung schien ihm Angst zu machen. Frau E. war stets bemüht ihm den nötigen Raum und die nötige Zeit zu schenken, obgleich

¹³ Die gesetzlichen Grundlagen für das zeitlich befristete Angebot zum Begleiteten Umgang sind § 18 Abs. 3 SGB VIII und § 50 SGB VIII

¹⁴ Eine Manie (v. griech.: *μανία* *manía* = die Raserei) ist eine affektive Störung und verläuft meist phasenweise. Der Antrieb und die Stimmung sind in einer Manie weit über dem Normalniveau.

ihr bewusst war, das die Zeit eingeschränkt war und von der Pflegemutter kontrolliert wurde. Die ersten Wochen vergingen mit dem Gefühl, dass J. sich seiner familiären Zugehörigkeit nicht bewusst war und er sich zwischen zwei Bezugspersonen entscheiden sollte. Er tauschte Zärtlichkeiten mit seiner leiblichen Mutter, war sich jedoch immer der Anwesenheit seiner Pflegemutter bewusst und entzog sich der Nähe der eigenen Mutter sehr schnell wieder. Frau E. schenkte ihrem Sohn Liebe und Aufmerksamkeit und war bemüht ihre Traurigkeit und Angst zu verbergen. Die Pflegemutter wirkte im Umgang mit Frau E. unsicher. Sie war stets bemüht J. ordentlich zu kleiden und ihn vor Ort mit Essen zu versorgen. Es gab keine Zeiten, in dem sie den kleinen Jungen unbeobachtet und mit seiner Mutter allein ließ. Immer rief sie ihn und warf einen prüfenden Blick auf das Verhalten von Frau E., die dies spürte und später auch äußerte. Daher war auch das Verhalten von Frau E. von Unsicherheit geprägt. Die Angst etwas falsch zu machen, dominierte ihr Handeln. Nach sechs Treffen meldete sich die Leiterin der Kinder- und Jugendpsychiatrie Chemnitz und nannte einen Termin, an dem sie prüfen wollte, inwieweit der kleine J. eine Bindung zu seiner Mutter aufgebaut hat. Von diesem Termin erfuhr natürlich auch die leibliche Mutter, die diesem voller Angst entgegensah, denn das Ergebnis der Beobachtung könne eine Entscheidung über eine Rückführung des kleinen Jungen beeinflussen. Sie beklagte die Entscheidungsmacht von „fremden“ Menschen, die ihr scheinbar die Erziehungsfähigkeit absprechen könnten, aufgrund einer einstündigen Beobachtung. Frau E. wirkte bei den nächsten Treffen angespannt. Sie begann ihrem Ärger Worte zu geben. Drei weitere Kinder waren bereits stationär untergebracht. Auch diese konnte sie nur in Absprache und zum Teil nur in Begleitung sehen. So äußerte sie: „Normalerweise ist eine Familie wie ein großer Karton, meine besteht aus vielen, die ich immer wieder aufsuchen muss, um sie öffnen, mit dem Wissen, dass sie sich wieder schließen, wenn ich gehe.“

Ihr Alltag sei geprägt von Terminen, die sie durch die Stadt treiben. Termine, an denen sie die Möglichkeit hat, ihren Kindern die Liebe und Sorgfalt zu schenken, die ihr ihrer Meinung nach aberkannt wurde und die andere, den Kindern fremde Menschen, übernahmen. Sie berichtete von der Wegnahme

ihrer Kinder. Eine Freundin hätte das Jugendamt informiert und sie einweisen lassen, obgleich dies nicht notwendig gewesen wäre. Den Vorwurf den kleinen Jungen nicht ausreichend versorgt zu haben, entkräftete sie mit der Aussage, dass sie ihn gestillt hätte und er deshalb mit ihr im Bett aufgefunden wurde. Sie äußerte ihre Wut darüber, nun keine Bindung zu ihrem Sohn aufbauen zu können, wenn sie diesen nie ohne Beobachtung treffen könne. Frau E. war sich ihrer Erkrankung bewusst, war bereit notwendige Hilfeangebote anzunehmen, um am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Doch äußerte sie auch, dass die Wegnahme ihrer Kinder sie dabei nicht unterstützen würde. Sie beklagte den schweren Weg der Genesung, wenn sie um die Qualen ihrer Kinder wisse und sich dem Zusammenbrechen ihres Familiensystems bewusst sei.

Viele Bemühungen hatte sie bereits unternommen, um ihre Kinder bei sich zu wissen. Sie war immer wieder bemüht beim ASD vorstellig zu werden und versuchte einen anderen zuständigen ASD- Mitarbeiter zu bekommen, nahm sich eine Anwältin, um neben den Aufenthaltsbestimmungsrecht auch die Personensorge zurückzuerlangen. Sie nahm Kontakt mit MitarbeiterInnen der familienbildenden Einrichtung auf, um ggf. einen Platz in einer betreuten Wohnform zu bekommen. In weiteren Treffen, waren die Mitarbeiter bemüht, Mutter und Sohn ein wenig Raum zu schenken. Die Pflegemutter erzählte nun ihre Geschichte. Sie berichtete über den Zustand des kleinen Jungen, nach der Inobhutnahme. Frau E. sei zu dieser Zeit nicht in der Lage gewesen, ihre Kinder zu versorgen. Eine Freundin von Frau E. informierte damals den Arzt und das Jugendamt, nachdem sie von der 10jährigen Tochter vom Zustand der Mutter informiert wurde. J. sei unterernährt gewesen, hygienisch in einem sehr schlechten Zustand und später vermutlich verstorben. Mutter und J. hätten gemeinsam im Bett gelegen, als Frau E. schließlich in eine Klinik eingewiesen wurde. Als J. in einer Pflegefamilie untergebracht wurde, entschied das Familiengericht Frau E. die Personensorge zu entziehen. Dementsprechend wurde eine Amtsvormund für den kleinen Jungen erhoben, welcher schließlich auch den Umgang der Mutter mit ihrem Sohn prüfte. Der emotionale Zustand von Frau E. wandelte sich während der Zeit ihrer Besuche. Sie weinte häufiger,

formulierte ihre Angst und Hoffnungslosigkeit. Immer öfter besuchte sie unsere Einrichtungen auch außerhalb des begleiteten Umgangs. Dies macht ihren Hilfebedarf deutlich, den sie auch außerhalb der Institution Krankenhaus bedarf.

7.1 Fallanalyse

Blicke ich auf diesen Fall, dann stellen sich mir mehrere Fragen. Dabei vergesse ich nicht, die oben formulierte defizitäre Lage der Kinder bzw. des Jungen, welche ein Handlungsbedarf nach sich zieht. Doch wurden alle möglichen Hilfen bereits geprüft bzw. galten diese als gescheitert? Frau E. leidet an einer diagnostizierten Schizophrenie, deren Behandlung immer wieder zu stationären Aufenthalten führt und medizinische Interventionen erfordert. Ihre fünf Kinder leben nicht mehr bei ihr. Ihr ältester Sohn ist volljährig und lebt selbständig, meidet jedoch jeglichen Kontakt zur Mutter. Bereits hier lässt sich vermuten, dass man adäquat hätte eingreifen können, um wenigstens die Beziehung zwischen Mutter und Sohn aufrechtzuerhalten. Die 12jährige Tochter und der 10jährige Sohn sind über § 34 SGB VIII in Wohngruppen untergebracht. Beide Kindern äußerten den Wunsch nicht bei ihrer Mutter leben zu wollen, jedoch suchten beide regelmäßigen Kontakt. J. wurde während ihres letzten Klinikaufenthaltes in eine Pflegefamilie untergebracht. Diesen sah Frau E. nun zweimal in der Woche im Rahmen des begleiteten Umgangs. Sowohl im Gesprächs mit Frau E. als auch mit der Pflegemutter konnte ich erfahren, dass J. bereits zweimal in einer Pflegefamilie untergebracht war, diese jedoch immer eine andere gewesen sei. Auch die jetzige war für eine Kurzzeitpflege vorgesehen, dass einen weiteren Beziehungsabbruch für den kleinen Jungen bedeutete. Der zuständige Amtsvormund konnte auch nicht garantieren, dass man bei einer möglichen erneuten Inobhutnahme, den Jungen in die gleiche Familie unterbringen könnte. Was bedeutet das für das Kind? Bowlby bezeichnet den Zustand, in dem ein Kind keine Beziehung zur Mutter besitzt als „Mutterentbehrung“. Um eine relativ leichte Entbehrung handelt es sich, wenn es von einem Menschen betreut wird, der ihm bereits bekannt und vertraut ist. Schwerwiegender könnte es hingegen werden, wenn die Pflegemutter zwar liebevoll, für das Kind aber eine Fremde ist (vgl. Bowlby, ebd.). Für den kleinen Jungen bedeuten die ständigen Beziehungsabbrüche stetig neue Belastungen,

gerade weil es nie über eine Anbahnungsphase hinaus ging. Die gesellschaftliche Tabuisierung psychischer Krankheiten, führt zu Unwissen und Unsicherheit, v.a. im Umgang mit Betroffenen. Gegenüber dem Jugendamt haben Pflegepersonen Anspruch auf Beratung und Unterstützung gemäß § 37 Abs. 2 SGB VIII. Dies gilt auch, soweit keine Jugendhilfeleistung gewährt wird. Im Einzelfall erbringen freie Träger im Auftrag des Jugendamtes diese Beratungsleistung (z. B. Erziehungsberatungsstelle). Weiterhin soll den Pflegepersonen die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen ermöglicht werden. Der Beratungsanspruch umfasst alle das Pflegeverhältnis betreffenden Angelegenheiten. Neben Fragen zur Erziehung und Beziehungsgestaltung können auch rechtliche Themen Gegenstand der Unterstützung sein. Die Frage stellt sich, inwieweit sind sich Pflegepersonen dieser Möglichkeiten bewusst? Kann das Fachpersonal, der involvierten Institutionen, diese Aufgaben erfüllen und den Pflegepersonen den nötigen Rückhalt geben? Gerade Kinder psychisch kranker Eltern bedürfen einer, ihren Bedürfnissen entsprechende, Unterstützung. Wissen über psychische Erkrankungen sind unumgänglich, um adäquat auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen. Dabei spielt sowohl eine ununterbrochene Beziehung zwischen dem Kind und der Mutter als auch ein ausreichender Kontakt eine wesentliche Rolle (Ainsworth, vgl. Bowlby, S.161).

Im Jahr 2009 wurden 1 959 Kinder und Jugendliche (982 Mädchen und 977 Jungen) durch die Jugendämter in Sachsen in Obhut genommen, rein rechnerisch fünf pro Tag. Die Unterbringung erfolgte überwiegend in Einrichtungen. Für 564 Mädchen und Jungen schlossen sich erzieherische Hilfen außerhalb des Elternhauses an (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen). Die Zahlen sind in den vergangenen Jahren gestiegen. Möglicherweise liegen Gründe dafür, auch bei der Zunahme von psychischen Erkrankungen der Eltern.

Von Seiten der Jugendhilfe gibt es wenig präventive Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern. Vorhandene Angebote wie die Sozialpädagogische Familienhilfe (vgl. §31 SGB VIII), Fremdunterbringung wie Vollzeitpflege und Heimerziehung (vgl. §§ 33, 34 SGB VIII) sind nicht intensiv und fundiert genug mit der Problematik Kinder psychisch kranker Eltern vertraut. Zudem sind

Fachkräfte der Jugendhilfe oft verunsichert, wenn es um psychische Erkrankungen geht. Aus diesem Grund werden psychische Erkrankungen häufig nicht als Unterstützungsgrund im Hilfeplan erwähnt. Des weiteren wissen betroffene Eltern nicht um ihre Möglichkeiten bzw. sind sich entsprechender Anlaufstellen nicht bewusst. Als weiterer Grund ist die Befürchtung der Jugendamtsmitarbeiter vor einem hohen Bedarfsanstieg und der daraus resultierenden finanziellen Notlage zu nennen. Denn die derzeitige Haushaltslage reicht für bereits vorhandene Unterstützungen nicht aus und würde den finanziellen Rahmen für neue Bedarfe sprengen. Ist es der richtige Weg, Geld für eine Heimunterbringung auszugeben, ohne vorher jede Anstrengung zu unternehmen, möglicherweise Verwandte oder Freunde zu finden, die die Aufgabe von Pflegeeltern übernehmen könnten (vgl. Bowlby, S.111). Frau E. beschrieb häufig eine enge Bindung zu ihrem Vater, auch berichtete sie über Freundinnen, die sie unterstützten. Hätte man diese existenten Ressourcen nicht als Unterstützungsangebote einbinden können?

Die Entwicklung der Inanspruchnahme stationärer Hilfen zur Erziehung und speziell der Heimunterbringung als teuerste Form der Hilfen zur Erziehung steht seit geraumer Zeit im Mittelpunkt der jugendhilfepolitischen Öffentlichkeit. Jährlich wenden mittlerweile die Kommunen in der Bundesrepublik mehr als 5 Mrd. EUR für die Durchführung von erzieherischen Hilfen auf. Das entspricht in etwa einem Viertel der Gesamtausgaben für die Kinder- und Jugendhilfe. Die Kosten trägt grundsätzlich der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt (Jugendamt). Bei vollstationären und teilstationären Hilfen werden die jungen Menschen und deren Eltern bzw. deren Lebens- oder Ehepartner einkommensabhängig in angemessenen Umfang zu den Kosten der Leistung herangezogen. Es gilt jedoch der Grundsatz, dass eine notwendige Hilfe nicht an der Kostenfrage scheitern darf. In Fällen der stationären Unterbringung werden begleitend zu den sozialpädagogischen Hilfen nach §§ 27 ff. SGB VIII auch materielle Leistungen zur Sicherstellung des notwendigen Unterhalts des Minderjährigen nach § 39 SGB VIII und Krankenhilfe zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung nach § 40 SGB VIII erbracht.

Wie Frau E. schilderte geschah ihre stationäre Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik nicht aus freiem Wunsch. Diese kann neben der Freiwilligkeit auch unter Zwang erfolgen. Es geschieht bei straffälligen Delikten, die unter Einfluss einer psychischen Erkrankung begangen wurden oder bei einer Selbst- oder Fremdgefährdung. Wie die Pflegemutter des Jungen schilderte basierte diese Einweisung auf der Grundlage der möglichen Gefahr für das Kind, dessen Wohl zu der damaligen Zeit in Gefahr schien.

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) regelt Hilfen für Personen mit einer psychischen Erkrankung. Es können Schutzmaßnahmen durch die zuständige Gesundheitsbehörde erfolgen und ggf., bei einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung, zu einer Unterbringung führen. Laut § 5 PsychKG sollen vorsorgende Hilfen dazu beitragen, Zeichen einer psychischen Erkrankung zu erkennen, so dass der Betroffene umgehend behandelt werden kann. Des weiteren sollen begleitende Hilfen psychisch kranke Menschen darin unterstützen, mit der Krankheit zu leben, eine Verschlechterung zu vermeiden und eine Besserung zu erreichen. Der Absatz drei des PsychKG betrachtet die nachsorgenden Hilfen, die der Wiedereingliederung und dem Vermeiden von Rückfällen nach einer psychiatrischen stationären oder teilstationären Behandlung dienen. Die zur Bewältigung psychischer Krankheiten notwendige Hilfe soll möglichst ohne stationäre Behandlung, vor allem ohne Unterbringung erbracht werden. Die ambulante Betreuung erfolgt insbesondere durch ärztliche und psychosoziale Beratung und Behandlung des Kranken sowie durch Beratung seiner Angehörigen und Bezugspersonen. Betreutes Wohnen, tagesstrukturierende und andere komplementäre Angebote sowie beschützte Arbeitsplätze sind Elemente der Betreuung psychisch kranker Menschen. Gab es Vorsorgende Hilfen, die die Zeichen der Erkrankung erkannten und rechtzeitig hätten intervenieren können? Hatte Frau E. ausreichend professionelle Unterstützung, die sie während ihrer Erkrankung begleiteten? Wie zu erkennen liegt ein weiterer Schwerpunkt, neben der Behandlung des erkrankten Menschen, in der Beratung seiner Angehörigen. Gilt das aber auch für die Kinder, die oftmals in der Angehörigenarbeit vergessen werden? Das Gesetz spricht von einer

Wiedereingliederung der betroffenen Menschen, die jedoch oftmals nach stationärer Unterbringung auf sich allein gestellt sind. Sind die bestehenden psychosozialen Beratungsstellen ausreichend und der Zunahme der Klientel angepasst? Auf die Notwendigkeiten alternativer Hilfeangebote bzw. die Verbesserung bestehender möchten ich im folgenden Text näher eingehen.

8. Präventive Lösungsansätze und alternative Möglichkeiten zur Vermeidung stationärer Hilfen der Kinder

8.1 Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie

„ [...] ich habe da eine Ärztin erlebt, die hm deren Anspruch eigentlich der war, das Positive noch rauszuholen, die Mütter zu unterstützen und dabei die Kinder zu schützen, die sehr engagiert war und so in beide Richtungen gedacht hat“ (Sozialarbeiterin, 44 Jahre, vgl. Lenz 2005, S. 193).

Bevor ich näher auf das oben genannte Thema eingehe, möchte ich versuchen, den Begriff der Kooperation zu erklären. Van Santen und Seckinger verstehen unter dem Begriff Kooperation ein Verfahren, bei „dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösekompetenz angestrebt wird“ (vgl. van Santen & Seckinger, 2003; zit. nach Lenz 2010 S. 42). Vielerlei Hindernisse von Seiten der Familie und von Seiten der Fachkräfte und die mangelnde Erreichbarkeit betroffener Kinder erschweren die Unterstützung und Zusammenarbeit belasteter Familien. Um diese Hindernisse aufzuheben, muss ein Problembewusstsein geschaffen werden und Fachkräfte verschiedener sozialen Institutionen Kooperationsbeziehungen eingehen. Eine Voraussetzung für wirksame Hilfeleistungen stellt die Kooperation dar. Anders gesprochen bedeutet das, dass ein fachlich fundierter Umgang sowohl mit den Kindern psychisch kranker Elternteile als auch mit den Eltern selbst, eine interdisziplinäre Handlungsperspektive voraussetzt. Dabei ist es notwendig, dass psychologisch- psychotherapeutisches, psychiatrisch- medizinisches und sozialpädagogisches bzw. sozialarbeiterisches Wissen einfließen. Nicht zu vergessen sind hier präventive und kurative Strategien (vgl. Lenz 2010, S. 42ff).

„Je besser eine inhaltlich- fachliche Abstimmung der Wissensbestände, Arbeitsweisen und Methoden gelingt, umso wirksamer können die Hilfen für Kinder und ihre psychisch kranken Eltern gestaltet werden“ (zit. nach Lenz 2010, ebd.). Aus der sich überschneidenden Zielsetzung und den Versorgungsaufträgen der Systeme, ergibt sich die Notwendigkeit der Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Psychiatrie.

- Als wohlfahrtsstaatliches Unterstützungssystem zielt die Kinder- und Jugendhilfe darauf ab, positive Lebensbedingungen für Kinder, Jugendliche und junge Menschen und ihre Familien zu schaffen (vgl. §1 SGB VIII) und Hilfen in Not- und Krisensituationen bereitzustellen. Dabei stehen Kinder und Jugendliche im Mittelpunkt der Betrachtungen. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz spricht vom Kindeswohl (vgl. §50 Abs.3 SGB VIII), dessen Gefährdung als Legitimationsgrundlage für Hilfen zur Erziehung oder für staatliche Eingriffe ins elterliche Sorgerecht dient (ebd.)
- Die Erwachsenenpsychiatrie hat den Auftrag, die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des erkrankten Patienten zu gewährleisten. Dabei stehen die Krankheit des Patienten bzw. der Patientin sowie seine bzw. ihre Bedürfnisse und Anliegen im Mittelpunkt der Betrachtung des psychiatrischen Versorgungssystems (ebd.).

Es ergeben sich dann Schnittstellen zwischen den beiden Systemen, wenn ein psychisch erkrankter Patient eine Elternrolle einnimmt und genau diese Lebenssituation für den Patienten zu einer zusätzlichen Belastungsquelle geworden ist. Des weiteren ergeben sich gemeinsame Berührungspunkte, wenn das Wohl des Kindes durch eine entsprechende Erziehung möglicherweise nicht sichergestellt ist. Auch tangieren sich die Hilfesysteme, wenn eine Gefährdungslage des Kindes vorliegt bzw. vorliegen könnte. Haben die Belastungen des Kindes zu Verhaltensauffälligkeiten und /oder zu einer psychischen Störung geführt oder vielmehr können zu einer solchen führen, ergibt sich auch da ein Kooperationsbedarf zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Psychiatrie (ebd.). Hilfen für die Kinder betroffener Eltern

greifen aber erst dann wirksam, wenn diese systematisch eingebettet sind, in eine verbindliche und verlässliche Struktur, die auf festen Vereinbarungen und Absprachen zwischen den kooperierenden Institutionen beruht. Da beide Hilfesysteme verschiedene gesellschaftliche Aufträge haben, führt dies häufig zu strukturellen Unterschieden, die eine konstruktive Zusammenarbeit in der Praxis erschweren. Das führt dazu, dass wechselseitig verzerrte Wahrnehmungen existieren, woraus weitere Hindernisse für eine gelingende Kooperation resultieren (vgl. Lenz 2005 S. 183ff). Es geschieht immer wieder, dass die Kinder- und Jugendhilfe auf ihre Kontrollfunktion reduziert wird und dabei weniger in ihren Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung wahrgenommen wird. Aber auch umgekehrt besteht auf Seiten der Kinder- und Jugendhilfe die Meinung, dass die Psychiatrie die Kinder oftmals für den Gesundungsprozess ihrer Eltern instrumentalisiert, ohne auf die Befindlichkeit und Bedürfnisse der Kinder Rücksicht zu nehmen.

Die Erwachsenenpsychiatrie und die Jugendhilfe, in deren Verantwortung sowohl für die erkrankten Eltern als auch für die betroffenen Kinder, die Aufgabe liegt, den Eltern und Kindern bzw. Jugendlichen ihre Ansprüche und Rechte verständlich zu machen und ihnen die erforderlichen bzw. vorhandenen Hilfsangebote zu präsentieren. Dies wiederum setzt eine funktionierende Kooperation zwischen den beiden Hilfesystemen voraus, aber dazu später. Bisher bestehen in der Erwachsenenpsychiatrie kaum Handlungsmodelle für eine systematische Einbeziehung der Kinder. (vgl. Lenz 2010, S.48). Nach wie vor, werden diese zu wenig als Angehörige wahrgenommen. Des Weiteren fehlen differenzierte Angebote bzw. Programme, die den komplexen Belastungen und Bedürfnissen sowohl der Kinder, ihres erkrankten Elternteils als auch der Familie gerecht werden. „Angehörigenarbeit gehört in der Psychiatrie zwar mittlerweile zu einem festen Bestandteil in der Behandlung, sie richtet ihren Blick bislang jedoch fast ausschließlich auf die Eltern und Geschwister sowie auf die Partner der Patienten“ (zit. nach Lenz 2010, S.48). Dabei sollte es Ziel sein, eine Angehörigenarbeit mit Kindern zu entwickeln und im Rahmen der existierenden Angehörigenarbeit zu etablieren. Möglicherweise bedarf es in der Institution Klinik eines Experten, der sich ausschließlich den

Bedürfnissen der Kinder annimmt. Dieser sollte sich über Fortbildungen entwicklungspsychologisches Wissen sowie spezielles Wissen über Belastungen der Kinder und Jugendlichen aneignen. Des weiteren verfügt er über methodisches Wissen, was ihn befähigt mit Kindern zu kommunizieren und v. a. Beziehungen zu ihnen aufzubauen. „Dieser stationsübergreifend arbeitende Experte sollte zum einen sowohl Ansprechpartner für die Klinikmitarbeiter als auch für die Patienten sein, wenn es um spezielle Fragen und Anliegen geht, die im Zusammenhang mit den Kindern stehen“ (zit. nach Lenz 2010, S.48). Schließlich sollte ein Überblick über konkrete Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfsangebote für die Kinder und Familien in der Region durch den Spezialist offeriert werden. Auch sollte dieser speziell die fallübergreifenden und fallbezogenen Kontakte zum Jugendamt pflegen. Der Aufgabenbereich könnte im Sozialdienst der Kliniken angesiedelt werden. Auch im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) des Jugendamtes und in den Jugendhilfeeinrichtungen bedarf es der Einrichtung eines internen Zuständigkeitsbereiches für das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ (vgl. Lenz 2010, S. 49). Über verschiedene Zusatzqualifikationen und Fortbildungen sollte sich dieser interne Experte Wissen über psychische Erkrankungen und psychiatrische Behandlung aneignen. Folglich sollte dieser die Belastungen der Kinder erkennen, welche mit einem psychisch kranken Elternteil zusammenleben und die ein spezielles Hilfeangebot bedürfen. Dieses gilt es zu prüfen und zu etablieren, so dass es bei Bedarf auch den Kollegen zur Verfügung gestellt werden kann. Eine weitere Aufgabe besteht in der kontinuierlichen Kontaktpflege zur Klinik. Diese genannten intrainstitutionellen Strukturen bilden den Ausgangspunkt für die Festigung und Weiterentwicklung der Kooperationsbeziehungen. Des Weiteren können sowohl Hilfen abgestimmt als auch das Einrichten von Unterstützungsmaßnahmen koordiniert werden, wie zum Beispiel:

- Sprechstunden des Jugendamtes und der Erziehungsberatung in der Klinik,
- Bekanntmachung der bestehenden Hilfsangebote der anderen Einrichtungen,

- Gemeinsam von Mitarbeitern der Psychiatrie und der Jugendhilfe geleitete Gruppenangebote für Eltern im Rahmen der stationären Behandlung zu den Themen Erziehung, Elternsein und Familie,
- Teilnahme eines Mitarbeiters der Erwachsenenpsychiatrie bei Hilfeplangesprächen und Helferkonferenzen
- Gemeinsam von Mitarbeitern der Psychiatrie und der Jugendhilfe geleitete Eltern- bzw. Familiengespräche zu Erziehungsfragen und Erziehungsschwierigkeiten (vgl. Lenz 2010, S.49)

In der Regel spielt sich die fallbezogene Kooperation zwischen dem ASD des Jugendamtes und der Psychiatrie ab. Meist steht die Feststellung, ob ohne Hilfe eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung sicher gestellt ist, im Mittelpunkt der Überlegung. Damit verbunden ist natürlich die Einschätzung einer möglichen Gefährdung des Kindes. Ist ein Hilfebedarf durch das Jugendamt festgestellt worden und Hilfemaßnahmen eingeleitet, erweitert sich die Zusammenarbeit, indem Erziehungsberatung, Sozialpädagogische Familienhilfe oder auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie hinzustoßen. Um diese fallbezogene Kooperation am besten zu koordinieren, wird dafür als Rahmen meist das Hilfeplanverfahren nach § 36 SGB VIII genutzt. Dies bedeutet also, dass andere Systeme in das konkrete Fallgeschehen mit einbezogen werden. Dadurch ist sowohl die Weitergabe von Informationen und Daten des Klienten von großer Bedeutung als auch der persönliche Kontakt. Es wird eine gemeinsame Feststellung des Hilfebedarfs ermöglicht, so dass die sowohl psychiatrisch- klinischen Erfordernisse, wie z.B. die Notwendigkeit der stationären Aufnahme, zum Tragen kommen, als auch die Versorgung und Betreuung der Kinder gesichert und der Rolle des Klienten als Mutter ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Ein wichtiger Aspekt ist hierbei die möglich Gefahr, die Familie, durch eine enge Kooperation auf der Fachebene, zu entmündigen, da die Experten genau zu wissen glauben, welcher Hilfebedarf besteht und dabei häufig ohne eine ausreichende Einbeziehung der Adressaten handeln. „Selbst wenn Eltern und Kinder in Hilfeplangesprächen anwesend sind, fühlen sie sich häufig unterlegen und als Statisten bzw. passive Zuschauer in dem

Geschehen“ (zit. nach Lenz 2010, S. 51). Solange die Adressaten nicht einbezogen werden, bleiben kooperative Strategien unzureichend. Eine gute Möglichkeit, die Familienmitglieder stärker in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, stellt der Familienrat dar, dem ich im kommenden Abschnitt meine Aufmerksamkeit schenke. Eine Kooperation wird auch nur dann auf Dauer gelingen, wenn parallel zu den fallbezogenen Kooperationen auch ein übergreifender Kooperationsverbund besteht, der sich aus Vertretern der beteiligten Institutionen zusammensetzt. Wichtig ist es, dass sich diese interdisziplinäre Arbeitsgruppe in der Phase des Aufbaus der Kooperationsbeziehungen häufiger trifft, um den Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen und gegenseitiger Akzeptanz über das Kennenlernen der Zuständigkeiten und Aufträge einen besseren Einblick in die internen Organisations- und Ablaufstrukturen der anderen Einrichtungen zu ermöglichen (vgl. Lenz 2010, S.53). Im Anhang ist eine entsprechende Kooperationsvereinbarung, wie sie ggf. initiiert werden könnte, zu finden (siehe Abbildung 4, S. G).

8.2 Systemische Familientherapie

Wie eine Therapie zu geschehen hat und was diese eigentlich ist, leitet sich im Allgemeinen von den Erklärungen für die Entstehung von Problemen oder Krankheiten ab. Eine besondere Rolle spielt hierbei die systemische Familientherapie. Diese nimmt ihre Methoden aus der neueren Systemtheorie, die den Organismus, die Psyche und das soziale System jeweils als operationell geschlossenes, autopoietisches¹⁵ System betrachtet (vgl. Retzer, S. 32). Die Strukturen solcher Systeme erzeugen und erhalten sich durch ihre Operationen selbst stabil. Innerhalb solcher Systeme muss nicht nur die Veränderung von Strukturen erklärt werden, sondern auch und vor allem ihre Stabilität. Hierbei stellt sich die Frage, wie man erklären kann, dass alles so bleibt, wie es ist, obgleich zu erwarten ist, dass sich alles verändert (vgl. Retzer,

¹⁵ Den Begriff Autopoiese hat der chilenische Biologe Humberto R. Maturana geprägt. Autopoiese ist abgeleitet aus dem Griechischen von "autos" = selbst und "poiein" = machen (<http://www.ial-lernen.de>).

ebd.)? Um die Strukturen eines Organismus, eines psychischen Systems oder eines Kommunikationssystems stabil zu erhalten, bedarf es charakteristisch organisierter Prozesse. „Stabilität ist das Resultat einer kreisförmigen („zirkulären“) Dynamik, die dafür sorgt, dass dem Beobachter Ausgangspunkt und Endpunkt eines Prozesses als identisch erscheinen“ (zit. nach Retzer, ebd.).

Die Gedanken und Gefühle eines Menschen folgen nur dessen eigenen Gefühlen und Gedanken. Dabei folgen sie den durch die Strukturen dieser einen, unverwechselbaren Psyche vorgegebenen Regeln. Betrachtet man die Kommunikation innerhalb eines sozialen Systems, d.h. einer Familie, so erkennt man, dass diese sich immer an die vormaligen Kommunikationen anschließt (vgl. Retzer, S. 33). Auch körperliche Prozesse werden schließlich durch biologische Strukturen bestimmt und folgen deren Logik (ebd.). In dieser Betrachtung bezeichnet der Begriff Krankheit eine spezifische Form der System- Umwelt- Interaktion und Systembeziehung. Das Ergebnis dessen zeigt eine beobachtbare Abweichung von einem im jeweiligen sozialen Kontext erwarteten Zustand oder Verhalten. „Heilung ist dann der Übergang von einer mit der Produktion von Symptomen verbundenen System- Umwelt- Beziehung und- Interaktion zu einer nicht mit Symptombildung verbundenen System- Umwelt- Interaktion“ (zit. Nach Retzer, S. 33). Wirft man nun einen Blick auf eine familientherapeutische Behandlung, in Bezug auf psychische Erkrankungen, bedeutet dies, dass sich im Verlauf einer solchen Therapie die Beziehung zwischen der Psyche des Patienten und deren Umwelten,- d.h. also entweder den Kommunikationsmustern des sozialen Systems oder/ und des Organismus- ändern. Näher beschrieben heißt dies, dass sich das System, die psychischen Prozesse betreffend, in einer Weise ändert, dass keine Symptome oder sonstigen Phänomene, denen ein Krankheitswert beigemessen wird, mehr produziert werden (vgl. Retzer, ebd.). Oder es transponiert eine der Umwelten (das Kommunikationsmuster oder/ und die biologischen Prozesse) in einer Weise, dass auch hier keine Krankheitszeichen mehr produziert werden (ebd.) Dies bedeutet, dass die Kunst der Therapie darin besteht, der Psyche biologische und/ oder soziale Umweltbedingungen zu verschaffen, die eine

Symptombildung unwahrscheinlicher machen bzw. Alternativen wahrscheinlicher werden. „Die systemische Familientherapie versucht über die Intervention in familiäre und institutionelle Kommunikationsmuster psychische Veränderungsprozesse anzuregen“ (zit. nach Retzer, S.34). Es handelt sich um ein Konversationsprozess, dessen wesentliches Medium die Sprache ist. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die systemische Familientherapie stabile Kommunikations- und Interaktionsmuster stört, welche als problematisch betrachtet werden. Dazu stellt der Therapeut eine kommunikative Umwelt bereit, die stört und als Erwartungsenttäuschung Neues entstehen lässt.

8.3 Informationsvermittlung als Hilfeangebot

„[...] die haben schon versucht mir das zu erklären, aber ich kanns nicht im Kopf behalten, und ich weiß selbst nicht was das ist so [...]. Wenn einer krank ist, dann geht er zum Arzt und dann wird er wieder gesund. Und das es überhaupt so eine psychische Krankheit ist, das ist für mich unglaublich schwer zu verstehen, weil das ist ja nicht irgendwo wo man eine Spritze gibt und dann ist wieder alles gut, oder wo man sich ein paar Tage ins Bett legt“ (w., 10 Jahre, vgl. Lenz 2005, S. 100).

„Wang und Goldschmidt fanden heraus, dass sich die Betroffenen vor allem Unterstützung bei der Aufklärung ihrer Kinder über die Krankheit wünschen“ (zit. nach Lenz 2005, S. 35). Oftmals erfahren Kinder und Jugendliche nur unzureichende Informationen über die Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters (siehe Abbildung 8, S.V). Deshalb sind sie auf eigene Überlegungen und Schlussfolgerungen angewiesen. Ihr relativ diffuses Wissen fördern Ängste und Hilflosigkeit. Dabei wird der Wunsch nach konkreten Informationen über die psychische Erkrankung, deren Verlauf und über Behandlungsmöglichkeiten ein häufig formuliert. Auch besteht ein Bedarf nach Aufklärung, wie sie sich gegenüber den erkrankten Elternteil verhalten sollen und wie sie diesen unterstützen können. Es existieren Befunde aus der Resilienzforschung, die darauf hindeuten, dass eine ausreichende alters- und entwicklungsgemäße Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils neben einem tragfähigen, stabilen sozialen Unterstützungssystem einen

wichtigen Schutzfaktor bildet (vgl. Lenz 2005, S. 131). Die Widerstandsfähigkeit gegenüber den Belastungen, die sich im familiären Umfeld ergeben, wird erhöht. „Informationen beeinflussen Wahrnehmungen und Bewertungen der Person und führen zu einer Veränderung im Belastungs- bzw. Entlastungserleben“ (zit. nach Lenz, ebd.). Es können Schuldgefühle abgebaut werden und Angst und Wut reduzieren.

Die Angst vor dem Verlust des Kindes führt häufig dazu, dass sich die betroffenen Eltern eher reserviert und vorsichtig gegenüber Hilfsangeboten und professionellen Einrichtungen verhalten. Aufgrund dieser Ängste lassen sich erkrankte Eltern nur selten auf entsprechende Hilfeangebote ein. Des Weiteren wissen die Betroffenen gar nicht, wo sie hinreichend Hilfe für sich und ihre Kinder finden und welche Institutionen als Anlaufstellen dafür zuständig sind. Häufig fehlt auch ausreichende Information darüber, dass sie Recht auf Hilfe und Unterstützung haben, wenn sie sich aufgrund ihrer Krankheit nicht oder nicht mehr ausreichend in der Lage sehen, eine angemessene Versorgung und Erziehung ihrer Kinder zu garantieren (vgl. §27ff SGB VIII).

Einen wesentlichen Punkt stellt dabei die Aufrechterhaltung der Kontinuität der Beziehung zwischen dem erkrankten Elternteil und dem Kind dar, selbst während der sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden stationären psychiatrischen Behandlung der Eltern. Sicherlich fällt es dem erkrankten Elternteil nicht immer leicht, dem Kind in seinem Zustand zu begegnen, gerade in akuten Krankheitsepisoden, doch insgesamt betrachtet übt ein regelmäßiger Kontakt einen positiven Einfluss auf die „Gesundung“ des Betroffenen aus. Kontakte mit den Kindern lösen bei den PatientInnen Freude aus. Sie verschaffen Ablenkung, Entspannung und vermitteln Kraft und neue Motivation für die Behandlung. Insbesondere bei erkrankten Müttern können dadurch Schuld- und Insuffizienzgefühle in Bezug auf die Kinder reduziert werden (vgl. Lenz, S.48). Kindern wiederum ermöglicht diese Begegnung mehr Gewissheit über den Zustand der Eltern. Sie sind weniger ihren eigenen Überlegungen und Schlussfolgerungen ausgeliefert, die sich zu quälenden Gedanken entwickeln können (ebd.). Der Zugang zu Kliniken, in denen die erkrankten Eltern behandelt werden, ist für Kinder häufig schwierig, sodass es notwendig ist, erst

einige zusätzliche konzeptionelle und materielle Rahmenbedingungen in der Institution Klinik zu schaffen. Der Blick auf die Kinder, als Angehörige psychisch kranker Eltern, sollte im Rahmen der Behandlung geschärft werden. Entsprechende Formulierungshilfen sind im Anhang unter Abbildung1 bis 4 zu finden.

8.4 Mutter- Kind- Behandlung

„ [...] das war für mich sehr beruhigend und es hat mir [...] ich hatte halt dieses Gefühl: Schau, das hast du geleistet, du kannst auch in der Klinik für die Kinder da sein [...] das hat mir auch wieder Kraft gegeben, gesund zu werden“ (M 39Jahre, vgl. Lenz 2005, S. 62)

Die Aufrechterhaltung der Beziehungskonstanz zwischen Mutter und Kind sowie die Förderung und Stärkung der Mutter - Kind – Bindung kann durch eine Mutter- Kind- Behandlung realisiert werden. Dabei wird sowohl die erkrankte Mutter als auch ihr Kind in eine Klinik aufgenommen. Während der Zeit des stationären Klinikaufenthaltes ist die Mutter grundsätzlich für das Kind Verantwortlich und sollte die alltägliche Versorgung übernehmen. Den MitarbeiterInnen obliegt nun die Anleitung zur altersadäquaten Beschäftigung mit dem Kind und ggf. die Übernahme des Kindes und dessen Betreuung und Versorgung, um der erkrankten Mutter die Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen zu ermöglichen und sie in Krisensituationen zu entlasten. Ist eine Versorgung seitens der Mutter über einen längeren Zeitraum innerhalb der Klinik nicht möglich, werden andere Unterbringungsmöglichkeiten außerhalb der Klinik gesucht. Die Mitaufnahme des Kindes vermittelt der erkrankten Mutter mehr Sicherheit und Zuversicht, was sich wiederum positiv auf den Behandlungsverlauf auswirkt (vgl. Lenz. Kinder psychisch kranker Eltern, S. 210). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass sich das Verhältnis zwischen Mutter und Kind verbessert, was der Patientin Selbstwertgefühl und Vertrauen in ihre eigenen Kräfte und Stärken schenkt. Der Blick auf die eigenen Ressourcen fördert den Heilungsprozess. Um den Kindern die möglichen Gefahren eines Klinikaufenthaltes, wie zum Beispiel Zeuge von massiv gestörten Verhalten zu werden bzw. das Erleben von Wahn- und

Angstzuständen, zu ersparen, wäre es sinnvoll, spezielle Stationen zu schaffen, für Mutter- Kind- Behandlungen.

Wirft man einen Blick auf die Bedürfnisse der Eltern und der Kinder, so wird ein großes Spektrum an alltäglichen und therapeutischen Hilfefeststellungen deutlich. Verschiedene Hilfesysteme aus den Bereichen der Gesundheit und der Jugendhilfe werden angesprochen (siehe Abbildung 9, S.Y). Um notwendige Synergieeffekte, die zur Realisierung der Unterstützungsleistungen für die Kinder psychisch kranker Eltern notwendig sind, zu nutzen, bedarf es einer konstruktiven interinstitutionellen Kooperationsbeziehung beider Systeme. Dabei sind die unterschiedlichen Denk- und Handlungsmodi zu beachten. Wie bereits erwähnt, ist es unumgänglich den Kindern zusätzliche Informations- und Aufklärungsgespräche durch ÄrztInnen und TherapeutInnen anzubieten.

8.5 Familienrat

Einen Beitrag zur Weiterentwicklung der internationalen sozialen Arbeit stellt der Familienrat dar. Als ein Verfahren zur Entscheidungs- und Lösungsfindung im Kinderschutz und in der Jugendgerichtshilfe ist der Familienrat¹⁶ in Neuseeland bereits seit 1989 gesetzlich verankert (vgl. Plewa und Picker). Im Jahr 2005 starteten SozialarbeiterInnen vom Jugendamt Berlin- Mitte ein Projekt, um den Familienrat auch in Deutschland zu etablieren (ebd.). Seit 2010 ist der Familienrat ein Standardverfahren im Rahmen der Hilfen zur Erziehung, allerdings nicht bundesweit. Dabei liegt der Blick darauf, dass defizitär orientierte Bedarfsbestimmungen und aufoktroierte Hilfen häufig keine Probleme lösen, sondern das Gegenteil produzieren, nämlich Untätigkeit, Abhängigkeit oder Widerstand. Genau an dieser Stelle setzt nun das professionelle Element des Familienrates an (ebd.). In diesem Sinne werden Familien und ihre persönlichen Netzwerke zusammen gebracht, um eine Lösung innerhalb der Familie zu erarbeiten. Dabei soll die Verantwortung in den Händen der Familie bleiben und an diese zurückgegeben werden. Durch dieses Verfahren wird eine tatsächliche Partizipation ermöglicht und so werden unbekannte Ressourcen freigelegt sowie Menschen in Krisensituationen, in die

¹⁶ Family Group Conference

Lage versetzt, vernünftige Entscheidungen zu treffen. Des weiteren hilft der Familienrat, nachhaltige Lösungen zur Sicherung des Kindeswohls zu finden (ebd.).

Familien, die das Jugendamt als Anlaufpunkt erkennen, werden dort über die Möglichkeit eines solchen Verfahrens informiert (ebd.). Schließlich entscheidet Familie selbst, wen sie einlädt, um einen Familienrat zu bilden. Dabei sollen mögliche Fragestellungen in Betracht gezogen werden: Was geschieht mit den Kindern, wenn die Mutter als Erziehungsperson, aufgrund eines stationären Klinikaufenthaltes, ausfällt? Wie kann die Familie die entstehenden Belastungen auffangen bzw. kompensieren? Wie könnte ein „Notfallplan“ aussehen, wenn ggf. die Mutter langfristig stationär untergebracht ist? Es sind Freunde und Verwandte, die eingeladen werden sowie Fachkräfte, die Informationen über die Erkrankung des betroffenen Elternteils einbringen und einen intensiven Blick auf die Bedürfnisse sowohl der Kinder als auch der Eltern werfen (ebd.). Schließlich erstellen die TeilnehmerInnen des Familienrates einen sicheren Plan, mit dem alle teilnehmenden Parteien zufrieden sind und bei dem besonders die Kinder im Mittelpunkt der Betrachtung stehen. Der Familienrat ist ein Verfahren zur Entscheidungsfindung in Eigenregie der Familie. Das Ziel besteht darin, eine bestehende Problemsituation, wie bspw. die Erkrankung eines Elternteils und die damit verbundenen familiären Belastungen, abzuwenden und einen tragfähigen Plan zu entwickeln, um eine aktuelle Sorge zu verringern bzw. zu lösen. Diese Methode ist zukunftsorientiert und das Wohl des Kindes bzw. des Jugendlichen steht dabei im Mittelpunkt. Der Ansatz dieses Verfahrens setzt auf die Verantwortung und Kompetenz der Familie und ihrer Netzwerke, eigene Lösungswege durch gemeinsames Handeln zu gestalten. Die Familienmitglieder sollen ermutigt werden, ihre eigenen Fähigkeiten und Kräfte zu entdecken und auf diese Weise in die Lage versetzt werden, ihre Angelegenheiten eigenständig und selbstverantwortliche mitzugestalten. Eine neutrale Koordinatorin bzw. ein Koordinator begleitet diesen Prozess. Diese sollte vor allem über Moderations-, Mediations- und Koordinationskompetenzen verfügen. Das Verfahren des Familienrates verfügt über besondere Alleinstellungsmerkmale:

- Das Jugendamt bzw. die Fachkräfte geben keine Lösung vor.
- Die Sorge wird durch das Jugendamt klar formuliert.
- Es existiert eine intensive Vorbereitungsphase mit Unterstützung einer neutralen KoordinatorIn.
- Der Familienrat bietet einen sachlichen Informationsaustausch sowie eine exklusive Familienzeit, in welcher diese Raum hat, um mögliche Entscheidungen zu treffen (ebd.).

Um einen Familienrat stattfinden zu lassen, bedarf es der Zustimmung des Sorgeberechtigten. Es beginnt eine intensive Vorbereitungsphase, welche zwischen drei bis sechs Wochen andauern kann. In dieser Zeit formuliert die zuständige SozialarbeiterIn die aktuelle Sorge und sendet diese weiter an die KoordinatorIn. Diese, wiederum, bespricht mit den TeilnehmerInnen persönlich das Verfahren, klärt Ort und Zeit und wen die Familien an vertrauten Personen und Fachkräften zum Familienrat einladen möchte. Die Einladungen werden nun durch die SozialarbeiterIn ausgesprochen und die Gäste über Ziel und Zweck ihrer Teilnahme informiert (ebd.). Sollte zu diesem Zeitpunkt eine akute Kindeswohlgefährdung vorliegen, veranlasst die fallzuständige SozialarbeiterIn einen Interimsplan mit der Familie. Schließlich wird der Familienrat durch eine Vorstellungs- und Begrüßungsrunde eröffnet, welcher eine Informationsrunde folgt. Die SozialarbeiterIn formuliert dabei, in der gesamten Runde, die aktuelle Sorge zum Kindeswohl. Die Familie kann dies auch selbst übernehmen (ebd.). Sachlich und wertschätzend werden alle notwendigen Informationen, die für die Familie zur Abwendung der Sorge wichtig sind, erläutert. Sind für das Kindeswohl bestimmte Mindeststandards notwendig, müssen diese benannt werden. Anschließend erhält die Familie, Freunde und Verwandte die Möglichkeit, Verständnisfragen zu stellen. Im zweiten Teil der Informationsrunde werden die eventuell eingeladenen Fachkräfte, wie Ärzte, Psychotherapeuten, etc. gehört und auch hier Zeit für anschließende Verständnisfragen gegeben (ebd.). Die exklusive Familienzeit, als eigentliches Herzstück des Familienrates geschieht in Abwesenheit der eingeladenen Fachkräfte. Auch die KoordinatorIn zieht sich in einen benachbarten Raum

zurück. Zu diesem Zeitpunkt entsteht ein Raum für die Familie, ihre unterschiedlichen Sichtweisen, favorisierte Lösungsvorschläge oder auch bestehende Antipathien zu äußern. Es ist möglich, dass schnellen Einigungen auch ggf. schnelle Rückschritte folgen, die nicht selten emotional diskutiert werden (ebd.). Persönliches, familiäres und professionelles Wissen stehen zur Verfügung und es wird so lange erörtert, bis ein guter „Plan“ entsteht (siehe Abb. 7, S.M). Ist dieser erstellt, bittet die Familie die KoordinatorIn wieder hinzu und es folgt schließlich die Konkretisierungsrunde. Bei Bedarf hilft die KoordinatorIn den Plan zu konkretisieren, ohne dabei Veränderungen vorzunehmen oder direkte Vorschläge zu machen (ebd.). Erst jetzt wird die zuständige SozialarbeiterIn wieder dazu gebeten und die Familie eröffnet die letzte Runde, indem sie ihren Plan vorstellt. Sichert dieser das Kindeswohl und die zuvor formulierte Sorge ist genommen, nimmt die SozialarbeiterIn den Plan ab (ebd.). Sollte dies nicht der Fall sein, bzw. Gesetzeswidrigkeiten erkannt werden, haben die TeilnehmerInnen erneut die Möglichkeit, den Plan, ohne Anwesenheit der Fachkräfte, zu überarbeiten. Es wird ein Termin für den zweiten Familienrat vereinbart, in dem die Lösungen mit der Familie evaluiert werden. Die KoordinatorIn, oder die Familie selbst, beendet den Familienrat.

Der Familienrat ist eine Möglichkeit zur konsequenten Umsetzung einer partizipativen-, aktivierenden Sozialarbeit im Sozialraum. Dabei wird allen Perspektiven, auch die Sicht der Kinder, Raum gegeben. Durch den selbstgewählten Ort, der auch die eigene Wohnung sein kann und die individuelle Vorbereitungsphase, können viele kulturspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden. Es entstehen weniger Missverständnisse und es existiert eine höhere gegenseitige Wertschätzung. Die Dynamik des gemeinsamen Handelns ermöglicht eine Annäherung zwischen den Familienmitgliedern und holt Eltern aus ihrer allzu gefährlichen Isolation. Obgleich der Zeitaufwand sehr hoch ist, fallen in der Familie Widerstände gegen das Jugendamt. Des weiteren werden Abgabemuster durchbrochen, da die Familienmitglieder meist die Sorgen der Fachkräfte teilen und den Kinderschutzaspekt ähnlich bewerten. Die, gemeinsam erarbeiteten, Hilfen zur Erziehung, stoßen auf eine hohe Akzeptanz und die anschließende Zusammenarbeit ist erfolgreicher. Der

Familienrat geht mit dem Auftrag des Wächteramtes konform, denn sollte der „Plan“ hinsichtlich des Kindeswohls unsicher erscheinen, hat die fallführende Fachkraft die Möglichkeit, um Konkretisierung zu bitten oder ggf. von ihrem Vetorecht Gebrauch zu machen (ebd.).

9. Finanzierung der Hilfen

9.1 Rechtliche Grundlagen für Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII)

Personensorgeberechtigte und Kinder oder Jugendliche müssen bei der Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung (§§ 27 – 35 SGB VIII) über Art und Dauer und möglichen Veränderungen im weiteren Familienalltag angemessen beraten und informiert werden und auf mögliche Konsequenzen für die Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen hingewiesen werden. Bei Hilfen außerhalb der Familie (stationäre Hilfen) müssen sie bei der Auswahl der Einrichtung mit einbezogen werden und ihre Wünsche berücksichtigt werden. Über die Art der Hilfen im Einzelfall soll ein so genannter Hilfeplan erstellt werden. In der Hilfeplanung werden mehrere Fachkräfte, Personensorgeberechtigte und Kind bzw. Jugendlicher beteiligt. Im Hilfeplan werden der Bedarf, mögliche Hilfen und Art der Leistungen aufgestellt. Wichtig dabei ist, dass der Hilfeplan regelmäßig auf die aktuelle Situation und dem entsprechenden Bedarf überprüft und gegebenenfalls überarbeitet und angepasst wird (vgl. § 36 SGB VIII). Die Kosten für die Hilfen zur Erziehung übernimmt in der Regel das Jugendamt. Bei Kostenbeiträgen für stationäre und teilstationäre Leistungen wird überprüft, ob Eltern, Kinder oder Jugendliche an den Kosten beteiligt werden können (vgl. §§ 91 – 95 SGB VIII). Über die Höhe der Kostenbeiträge entscheidet das Jugendamt und richtet sich nach dem jeweiligen Einkommen.

Die Gesamtverantwortung für die Umsetzung von Leistungen und Aufgaben nach SGB VIII liegt bei den öffentlichen Trägern der Jugendhilfe. Die öffentlichen Träger haben Sorge zu tragen, dass benötigte Einrichtungen und Dienste ausreichend zur Verfügung stehen und diese ausreichend ausgestattet sind, materiell wie auch personell (vgl. Allo). Dazu zählt auch den Bestand von

Einrichtungen und Diensten festzustellen, den Bedarf in Hinblick auf die Wünsche und Bedürfnisse junger Menschen und ihren Sorgeberechtigten zu ermitteln und die Umsetzung rechtzeitig und ausreichend zu planen (vgl. §§ 79 und 80 Abs. 1 SGB VIII). Die öffentlichen Träger müssen aufgrund ihrer Gesamtverantwortung für die Umsetzung von Aufgaben und ihrer Planungsverantwortung dafür Sorge tragen, dass das fachliche Personal in den Jugendämtern und Landesjugendämtern ausreichend qualifiziert ist und ihnen regelmäßige Fortbildungen zur Verfügung stellen. Außerdem sind sie dazu verpflichtet, ehrenamtlich tätige Personen Beratung und Unterstützung zu bieten und mit anderen Einrichtungen wie Schule und Polizei zusammenzuarbeiten. Die Arbeit der freien Träger wird durch Förderung oder Entgelte finanziert. Über die Art und Höhe der Förderung entscheiden die öffentlichen Träger und ist abhängig vom verfügbarem Haushalt (§ 74 SGB VIII). Die Leistungserbringung über Entgelte ist in § 78 a – g SGB VIII geregelt (vgl. Allo).

Die Jugendhilfe ist seit der Einführung des § 35a im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) explizit für die Eingliederungshilfe bzw. Hilfe zur Teilhabe von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zuständig (vgl. Schmid, S. 49ff). Daher gibt es im Prinzip zwei verschiedene Rechtsgrundlagen für die Einleitung einer stationären Jugendhilfemaßnahme nach § 34 SGB VIII. „Einmal in Verbindung über die Hilfe zur Erziehung nach § 27 SGB VIII oder über die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII“ (zit. nach Schmid, S.49). Durch die enge Verbindung von Alltagserleben und pädagogischen bzw. therapeutischen Angeboten sollen Kinder und Jugendliche, nach § 34 SGB VIII in der Heimerziehung oder in einer sonstigen Wohnform, in ihrer Entwicklung gefördert werden, aber auch die Erziehungsbedingungen in der Ursprungsfamilie fördern (ebd.). Dabei wurde im Kinder- und Jugendhilfegesetz das Ziel einer vollstationären Jugendhilfemaßnahme festgehalten, nämlich die Kinder und Jugendlichen auf eine Rückkehr in die Ursprungsfamilie vorzubereiten, eine Erziehung in einer anderen Familie anzustreben oder die Jugendlichen auf eine Verselbständigung vorzubereiten. Als der § 35a im Jahre 1991 in das Kinder- und

Jugendhilfegesetz eingeführt wurde, war es die Intention des Gesetzgebers, den interdisziplinären Dialog zu fördern und explizit ärztliche und pädagogische Kompetenzen zu vereinen. Die Entscheidung über die Art der Leistungen nach § 35a SGB VIII liegt beim Jugendamt. Lediglich der Hilfebedarf eines Kindes oder Jugendlichen kann durch den Arzt beschrieben werden bzw. kann dieser mögliche Empfehlungen abgeben. Dabei kommt es häufig zu Diskussionen, die Finanzierung der damit verbundenen Kosten betreffend. Grund dafür sind hauptsächlich die sehr großen regionalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von ambulanten Hilfen. Eine Wiedereingliederungshilfe nach 35a SGB VIII ist nur möglich, wenn zuvor eine psychische Störung und eine Teilhabebeeinträchtigung diagnostiziert wurden.

Dennoch leben ein Großteil der Kinder aufgrund der Rechtsgrundlage des § 27 SGB VIII in Jugendhilfeeinrichtungen. Lediglich 12,5% der Kinder und Jugendlichen leben aufgrund einer Eingliederungshilfe bzw. zur Teilhabe über den 35a SGBV III in Verbindung mit § 34 SGB VIII in einer Jugendhilfeeinrichtung. Das bedeutet, dass offensichtlich ein erhebliches Missverhältnis zwischen Kindern und Jugendlichen herrscht, die einen Rechtsanspruch auf eine Hilfe nach § 35a SGB VIII hätten und denen, die diese Form der Hilfe auch erhalten (vgl. Schmid, S. 146). „Aus dieser Diskrepanz zwischen der Nutzung des § 35a SGB VIII und der tatsächlichen psychischen Belastung der Kinder lässt sich schließen, dass die Möglichkeiten des § 35a SGB VIII in der Praxis der Heimerziehung kaum genutzt werden und kinder- und jugendpsychiatrische/- psychotherapeutische Kompetenz in zu geringem Maße in die Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII von stationären Jugendhilfemaßnahmen einfließt“ (zit. nach Schmid, S.146). In Anbetracht der öffentlichen Diskussion um die Kosten, welche durch die Einführung des § 35a SGB VIII entstehen, ist dies von großer jugendhilfepolitischer Relevanz, da auch ein Großteil der teuren vollstationären Maßnahmen eigentlich über § 35a SGB VIII verbucht werden könnten (vgl. Schmid, ebd.). Durch das weitgehende Ignorieren der Möglichkeiten des § 35a SGB VIII bei psychisch und psychosozial massiv belasteten Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe, entsteht ein vollkommen verzerrtes Bild in der Öffentlichkeit über Bedeutung,

Notwendigkeit und Sinn der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Dies trägt sicherlich dazu bei, dass der § 35a SGB VIII von Seiten der Kostenträger und Kommunalpolitiker kritisch hinterfragt wird. Ob als Rechtsgrundlage der Heimunterbringung der § 27 SGB VIII oder § 35a SGB VIII zum Einsatz kommt, hängt eher von der Beteiligung des Arztes bzw. Kinder- und Jugendpsychiaters, der für die Einleitung der Heimunterbringung verantwortlich ist, als von der eigentlichen psychischen Belastung des Jugendlichen. Der § 35a SGB VIII scheint für die stationären Jugendhilfeeinrichtungen nur dann von Bedeutung zu sein, wenn ein Kind über die Regelversorgung der Gruppe hinaus individuelle Zusatzleistungen benötigt oder er aber als Zugangskriterium für eine personell besser ausgestattete Intensivgruppe benötigt wird. Eine engere Kooperation zwischen den beteiligten Instanzen und Fachdisziplinen scheint sich in der Praxis der Heimerziehung noch nicht durchgesetzt zu haben. Als sinnvoll scheint eine kinder- und jugendpsychiatrische Routinediagnostik zu Beginn bzw. bei der Planung einer stationären Jugendhilfemaßnahme, um entsprechend die notwendigen Kompetenzen zu implementieren (vgl. Schmid, S.147). Gerade bei einer Fremdunterbringung des Kindes bzw. des Jugendlichen sollte sichergestellt werden, dass das Profil der Jugendhilfeeinrichtung gut zum möglichen psychiatrischen Störungsbild des Kindes bzw. Jugendlichen passt. „Die Grundlagen und Richtlinien für die Platzierung eines Jugendlichen in einer spezifischen Einrichtung sind nicht transparent“ (vgl. Freigang 1999, Winkler 2003, zit. nach Schmid, S. 147). Die Symptome des Kindes bzw. des Jugendlichen werden durch Abbrüche von Heimunterbringungen und den damit verbundenen erneuten Verlust von Bindungspersonen , langfristig verstärkt. Das wiederum führt zu einer Spirale der Kostensteigerung (Fegert et al. 2003a, vgl. Schmid, ebd.). Gerade dadurch ist es unabdingbar, bei der Einleitung dieser Hilfen, eine gemeinsame Falldefinition und das Zusammentragen der Ergebnisse einer sozialpädagogischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik sowie die Etablierung gemeinsamer Behandlungsansätze zu forcieren. Des weiteren ist es wichtig, den betroffenen Kindern und Jugendlichen, entsprechende Angebote bereitzustellen, um das Scheitern mehrerer stationärer Hilfemaßnahmen vermeiden zu können. Hier sei der Amtsvormund zitiert: „Wir

können nicht garantieren, dass J. ggf. wieder in die gleiche Pflegefamilie kommt.“ Es lässt sich vermuten, dass gerade die Kinder und Jugendlichen, welche die Maßnahmen vorzeitig beenden, wohl kaum von einem Heimaufenthalt profitieren. Trotz des sehr hohen Aufwandes gibt es Kinder und Jugendliche, die durch die „klassische“ Heimunterbringung nicht adäquat erreicht werden können. „Hier sei an die Forderungen von Lempp (1990, 1985) und Gintzel und Schone (1990) erinnert, die bereits vor 20 Jahren eine Implementierung von kinder- und jugendpsychologischer/-psychotherapeutischer Kompetenz in der Hilfeplanung bei den Jugendämtern, bis hin zur Schaffung von Planstellen für Kinder- und Jugendpsychiater in den Jugendämtern forderten“ (zit. nach Schmid, S. 171). Im Rahmen der Hilfeplanung, könnte eine intensivere Diagnostik vor allem bei der Suche nach geeigneten Einrichtungen hilfreich sein. Die Gründe für die Unterbringung, speziell in dieser Einrichtung, beruhen meistens auf den Erfahrungen der zuständigen JugendamtmitarbeiterIn, der bzw. die schließlich die ihm bekannten Einrichtungen anfragt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine langfristige Verbesserung der Lebenssituation von psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe sowie eine Förderung ihrer Chancen zur Teilhabe an unserer Gesellschaft wohl nur durch eine intensivere und kompetentere Kooperation von allen beteiligten Institutionen und Berufsgruppen zu erreichen ist (vgl. Schmid, S. 177).

10.Schlusswort

Menschen mit einer psychischen Erkrankung sollten nicht nur als Kranke kategorisiert, sondern auch als handelnde Personen angesehen werden. Auch sie verdienen unseren Respekt.

Eine psychische Erkrankung eines Elternteils ist für die ganze Familie belastend und vor allem die Kinder können negative Auswirkungen davon tragen. Nicht selten kommt es zu Schuldgefühlen, Loyalitätskonflikten, Parentifizierungen und Ängsten. Sie stellen oft eigene Bedürfnisse zurück und können aufgrund der hohen Belastung auffällig werden oder sich vom sozialen Umfeld isolieren.

Grundsätzlich sind Kinder psychisch kranker Eltern in ihrer Entwicklung gefährdeter als Kinder aus stabilen Elternhäusern. Sie sind in den unterschiedlichsten Bereichen zwischenmenschlicher Interaktion benachteiligt, was sich nachhaltig auf ihre Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung auswirkt. Spezielle Betreuungs- und Behandlungsangebote sowie stabilisierende Perspektiven sind notwendig, um Belastungsfaktoren zu minimieren und Ressourcen zu stärken. Fachkräfte, die mit psychisch erkrankten Eltern arbeiten, müssen stärker für die Bedürfnisse der Kinder sensibilisiert werden (vgl. Riedel, S. 198f).

Die beschriebenen Hilfeangebote und aufgezeigten Unterstützungsmöglichkeiten bieten den erkrankten Eltern und deren Familien notwendige Entlastung. Zusätzlich haben diese eine Vermittlerrolle, indem sie Familien bei Bedarf an andere Hilfesysteme weitervermitteln. Um einen funktionierenden Zugang zu erreichen, sollten Angebote niedrigschwellig angeboten werden. Das heißt, sie sollten für die Familien kostenlos, frei von Krankenkassen und leicht erreichbar sein. Dies ermöglicht, dass Familien ohne großen Aufwand und aus jeder sozialen Schicht diese Angebote wahrnehmen können.

Die Jugendhilfe wie auch die Psychiatrie stellen wichtige Arbeitgeber für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen dar. Daher ist eine Kooperation zwischen den Einrichtungen und mit den jeweiligen Mitarbeitern sehr bedeutend. Durch eine Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und der Psychiatrie können spezifische und präventive Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihren Familien geschaffen werden. Es können sofortige Hilfen ohne lange Wartezeiten gestaltet werden, die von den Familien niedrigschwellig erreicht werden können. Die Schaffung spezifischer Angebote könnte mehr Arbeitsplätze für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen bedeuten. Mögliche Frustrationen am Arbeitsplatz durch das Gefühl des „Nicht-voran-Kommens“ oder durch Ablehnung von Hilfen von Seiten der Betroffenen könnten eingedämmt werden, indem durch Kooperation andere Meinungen herangezogen werden oder Klienten an andere Einrichtungen weiter vermittelt werden. Des Weiteren könnte eine Zusammenarbeit zwischen sozialen

Fachkräften die Kompetenz steigern, indem Vorurteile abgebaut werden und Informationen über andere Einrichtungen vermittelt werden. So steigt das Wissen über andere Hilfemaßnahmen und Angebote und Klienten können schneller und effizienter weiter verwiesen werden. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine gelungene Kooperation zwischen Einrichtungen der Jugendhilfe und der Psychiatrie das Berufsfeld der Sozialen Arbeit positiv beeinflussen kann, indem durch die Gestaltung spezifischer Angebote neue Arbeitsplätze geschaffen werden, Frustrationen aufgrund positiver Erlebnisse am Arbeitsplatz reduziert werden und die fachliche Kompetenz durch Austausch von Informationen gesteigert wird.

Kinder psychisch kranker Eltern müssen jedoch nicht in jedem Fall negative Auswirkungen davontragen. Durch vorhandene Resilienz- und Schutzfaktoren wie beispielsweise im sozialen Umfeld kann eine belastende Situation erfolgreich bewältigt werden. Daher ist es wichtig, diese protektiven Faktoren zu stärken und zu mobilisieren, um Belastungen entgegenzuwirken und die Entwicklung positiv zu beeinflussen.

Um dieser immer größer werdenden Klientel zu begegnen, sollten SozialpädagogInnen bzw. SozialarbeiterInnen durch Weiterbildungen ein professionelles Wissen im Umgang mit psychischen Erkrankungen erfahren. Die Soziale Arbeit sollte diese Arbeit sowohl als Herausforderung als auch als Chance ansehen. Abschließend sei zu erwähnen, dass die Caritas Chemnitz zur Zeit in Verhandlungen mit der Stadt und dem KSV steht, um genau dieser Klientel entsprechend, adäquat Unterstützung anbietet. Ziel ist es , ein betreutes Wohnen zu schaffen, in dem erkrankte Eltern mit ihren Kindern zusammenleben. Stationäre Hilfen für Kinder sollen dadurch verringert werden, indem die betroffenen Eltern sozialpädagogisch/ sozialarbeiterisch und in Kooperationen mit anderen Institutionen (s.o.) betreut und begleitet werden.

11. Literaturverzeichnis

Allo, Eva – Maria (2010): Diplomarbeit zum Thema: Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie bei den Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern, Fachhochschule Dortmund Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften

Bowlby, John (2005): Frühe Bindung und kindliche Entwicklung, 5. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag München Basel

ICD-10-SGB V (1999): Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision; Deutscher Ärzte Verlag Köln 19

Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Lenz, Albert (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Lenz, Albert (2010): Ressourcen fördern, Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Plewa, Martina; **Picker**, Dorothee (2010): Familienrat – Deutschland entdeckt ein neues Verfahren, NDV 2010

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 259. Auflage

Retzer, Arnold (2004): Systemische Familientherapie der Psychosen, Hogrefe Verlag für Psychologie Göttingen

Riedel, Klaus (2008): Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern, GwG-Verlag Köln, Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie

Schmid, Marc (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe, Juventa Verlag Weinheim und München

Stascheidt, Ulrich (Hrsg.) (2007): Gesetze für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis, Fachhochschulverlag. Der Verlag für Angewandte Wissenschaften

Törpe, Maria (2009): Schizophrenie- Herausforderungen und Chancen für die Soziale Arbeit, Belegarbeit im Modul: Bio-psychosoziale- Grundlagen

Internettquellen

<http://www.sign-lang.uni-hamburg.de>, verfügbar am 02.01.2011

<http://www.statistik.sachsen.de>, verfügbar am 02.01.2011

<http://www.ial-lernen.de>, verfügbar am 11.01.2011

Abbildung 1 (Lenz, Albert 2010: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihrer psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG)

Gesprächsführung mit Kindern
<p>Im Folgenden werden einige grundlegende Bedingungen und Voraussetzungen für eine erzählanregende Gesprächsführung mit Kindern genannt (vgl. ausführlich Delfos, 2004):</p>
<p>Kommunikationsbedingungen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dieselbe (Augen-)Höhe wie das Kind einnehmen.2. Das Kind anschauen, während man spricht.3. Abwechselnd Augenkontakt herstellen und diesen unterbrechen, während man mit dem Kind spricht.4. Dafür sorgen, dass sich das Kind wohlfühlt.5. Dem Kind zuhören.6. Mit Beispielen zeigen, dass bei einem ankommt, was das Kind sagt.7. Das Kind dazu ermutigen, zu erzählen, was es wie findet oder was es will, weil man das sonst nicht weiß.8. Reden und Spielen möglichst kombinieren.9. Darauf hinweisen, dass man das Gespräch unterbricht und später fortsetzen wird, sobald man merkt, dass das Kind nicht mehr bei der Sache ist.10. Dafür sorgen, dass das Kind nach einem schwierigen Gespräch wieder zu sich kommen kann: Kann sich das Kind nach dem Gespräch z.B. austoben?
<p>Einführung des Gesprächsrahmens:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Deutlich machen, dass das Kind das Thema bestimmt.2. Deutlich machen, dass man die Meinung des Kindes wissen möchte.3. Deutlich machen, dass es keine „guten“ und „falschen“ Antworten gibt.4. Deutlich machen, dass man gern wissen möchte, womit das Kind Probleme hat.5. Deutlich machen, dass man vorhat, dem Kind bei seinen Problemen zu helfen.6. Deutlich machen, dass man je nach Bedarf helfen wird.7. Deutlich machen, dass man dem Kind helfen möchte, seine Gedanken und Gefühle zu äußern, auch wenn es nicht leicht ist.
<p>Gesprächsverlauf:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Das Gesprächsziel verdeutlichen.2. Das Kind über die eigenen Absichten informieren.3. Dem Kind zeigen, dass man Feedback braucht: <i>„Darauf wäre ich selbst nicht gekommen! Von dir lerne ich wirklich ganz neue Dinge!“</i>4. Das Kind wissen lassen, dass es schweigen darf.5. Zu benennen versuchen, was man empfindet, und das Gefühl zum Ausdruck bringen.6. Das Kind dazu einladen, seine Meinung über das Gespräch zu äußern.

Gesprächsleitfaden – Eltern

Fragen zum aktuellen Familienleben:

- Wie hat sich der Familienalltag durch die elterliche Erkrankung verändert?
- Wie belastet erlebt sich die Familie insgesamt durch die notwendige Alltagsbewältigung?
- Gibt es Bereiche im Familienleben, in denen die elterliche Erkrankung keine Rolle spielt?
- Wie viel Zeit bleibt den einzelnen Familienmitgliedern für selbstbestimmte Freizeitaktivitäten außerhalb der Familie?

Fragen zu den Kindern:

- Wie viele Kinder haben Sie?
- Wie alt sind die Kinder?
- Wo sind die Kinder und wer sorgt für sie während des Klinikaufenthalts?
- Wie geht es Ihren Kindern?

Fragen nach Hilfe- und Unterstützungsbedarf für die Kinder sowie nach Unterstützung als Eltern in der Erziehung der Kinder:

- Machen Sie sich Sorgen um die Kinder?
- Wie kommen Sie mit den Kindern zurecht?
- Haben Sie bei den Kindern Auffälligkeiten im Verhalten wahrgenommen?
- Wünschen Sie sich Unterstützung und Hilfen für die Kinder?
- Wünschen Sie sich Unterstützung und Hilfen in der Erziehung?

Fragen zur Ressourcenexploration:

- Gab es schon früher einmal ähnliche Probleme mit den Kindern/in der Familie? Wie sind Sie damit umgegangen? Wie wurden diese gelöst?
- Was haben Sie bislang versucht, um mit den Problemen fertig zu werden?
- Was war hilfreich? Was nicht?
- Gab es Hilfen von außerhalb für die Familie?
- Gab es Personen innerhalb oder außerhalb der Familie, die geholfen haben? Wo sind die Personen jetzt?
- Gab es in Ihrer Familie schon einmal ein Ereignis, das für alle so schlimm oder sogar schlimmer war als die momentane Situation? Können Sie etwas von damals auf die heutige Situation übertragen?
- Gab es Zeiten, in denen das Problem nicht oder weniger stark auftrat? Was war damals anders?

Fragen bezüglich einer möglichen Inanspruchnahme von professionellen Hilfen:

- Gab es bereits Kontakte zum Jugendamt, zur Erziehungsberatungsstelle,...?
- Welche Erfahrungen wurden damit gemacht?
- Gibt es Bedenken oder Ängste bezüglich einer Inanspruchnahme?

Abbildung 2 (Lenz, Albert 2010: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihrer psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG)

Abbildung 3 (Lenz, Albert 2010: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihrer psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG)

Gesprächsleitfaden – Familie

Einleitung:

„Ich habe zu diesem Gespräch eingeladen, damit ich nicht nur Mama und Papa, sondern auch euch Kinder und damit die ganze Familie kennen lerne.“

Fragen an die Kinder:

- In welche Schule (Kindergarten etc.) gehst du?
- In welcher Klasse bist du?
- Welche Fächer gefallen dir und welche gefallen dir nicht?
- Wer sind deine Freunde und wie heißen sie?
- Was spielst du mit deinen Freunden am liebsten?
- Was tust du gern, wenn du nicht in der Schule bist?
- Was tust du gern in der Familie?
- Wie verbringt ihr eure Wochenenden?
- Was tust du abends?
- Beschreibe einen typischen Schultag vom Aufwachen morgens bis zum Schlafen-gehen!
- Beschreibe deine letzten Ferien!
- Wie feiert ihr in eurer Familie Geburtstage?

Fragen an die Eltern über die Kinder:

- Was schätzen Sie an Ihrer Tochter/an Ihrem Sohn?
- Erzählen Sie mir von einer Situation, in der Sie als Mutter/Vater besonders stolz auf Ihre Tochter/Ihren Sohn waren. Worauf waren Sie in dieser Situation besonders stolz?
- Welche Eigenschaft Ihres Sohnes/Ihrer Tochter bewundern Sie am meisten?
- Wenn ich Ihren Sohn/Ihre Tochter besser kennen würde, welche Eigenschaften würde ich dann an ihm/ihr am meisten bewundern?
- Erzählen Sie mir, was Ihnen an Ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter/Hausmann und Vater gut gefällt und was Ihnen daran nicht gefällt!
- Was gefällt Ihnen an Ihrer Familie?

Fragen zur Problemexploration:

„Sie machen sich als Eltern Sorgen um die Kinder und die Familie, auch ihr macht euch Sorgen wegen der Krankheit der Mutter/des Vaters. Ich möchte, dass jeder versucht, seine Gedanken und Sorgen zu schildern und wir gemeinsam überlegen, was man dagegen tun könnte.“

Fragen an die Eltern und älteren Kinder:

- Welche Probleme bestehen Ihrer (deiner) Ansicht nach in der Familie?
- Was sollte in Ihrer (deiner) Familie anders werden?
- Was würden Sie (du) in Ihrer Familie gerne verändern?
- Was müsste sich Ihrer (deiner) Meinung nach verändern, so dass Sie sich (du dich) glücklicher (wohler, weniger gereizt...) fühlen würden (würdest)?

Fragen an jüngere Kinder:

- Stell dir vor, du bist ein Zauberer und hast einen Zauberstab. Wenn du damit drei Dinge in eurer Familie verändern könntest, was würdest du dann verändern wollen?
- Nun stell dir einmal vor, deine Mutter/dein Vater wäre wieder völlig gesund. Was würdest du in dem Fall tun, was du im Moment nicht tust?

Abbildung 4 (Lenz, Albert 2010: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihrer psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG)

Kooperationsvereinbarung
<p style="text-align: center;">Kooperationsvereinbarung</p> <p style="text-align: center;">zwischen</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(Name der Institution)</p> <p style="text-align: center;">und</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(Name der Institution)</p> <p>Präambel</p> <p>Die hier folgende Vereinbarung dient als Leitfaden und Arbeitshilfe für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Institutionen, um die Arbeit mit gemeinsamen Klienten zu vereinfachen, zu erleichtern und unnötige Irritationen zu vermeiden.</p> <p>Die Intention ist, das kooperative Handeln mit mehr Handlungssicherheit und Verbindlichkeit auszugestalten und institutionell zu festigen. Dies geschieht durch einen regelmäßigen, strukturierten Austausch zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit sowohl in fallbezogener als auch fallübergreifender Arbeit, durch gegenseitige Informationen über Ansprechpartner und Abläufe und durch gemeinsame Konfliktregelungswege.</p> <p>Das Hauptziel besteht darin, die Lebenssituation für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil zu verbessern, die Familie in der Situation zu unterstützen und den Patienten in seiner Elternrolle wahrzunehmen.</p> <p>Festlegung der intrainstitutionellen Ansprechpartner</p> <p>Dem <i>Ansprechpartner innerhalb der psychiatrischen Institution</i> kommen folgende Aufgaben zu:</p> <ul style="list-style-type: none">• Er fungiert als interner „Kinder-Experte“ und vertritt die Thematik sowohl außerhalb als auch innerhalb seiner eigenen Einrichtung.

- Er eignet sich spezielles Wissen an (z.B. Kenntnisse aus der Entwicklungspsychologie, aus der Belastungs- und Resilienzforschung, methodisches Wissen, insbesondere bezüglich der Gesprächstechniken mit Kindern und des Beziehungsaufbaus zu Kindern, etc.).
- Er eignet sich Wissen über Unterstützungsangebote und Hilfsmöglichkeiten mit den jeweiligen Strukturen für Kinder und deren Familien an.
- Er fungiert als Ansprechpartner sowohl für die Klinikmitarbeiter als auch für die Patienten bezüglich Fragestellungen im Zusammenhang mit Kindern.
- Er koordiniert die Kooperation mit der/den Einrichtung(en) der Jugendhilfe.

Als Ansprechpartner innerhalb der psychiatrischen Institution fungiert:

Name: _____

Telefondurchwahl: _____

E-Mail: _____

Raum Nr.: _____

Dem *Ansprechpartner innerhalb der Einrichtung der Jugendhilfe* kommen folgende Aufgaben zu:

- Er fungiert als interner „Psychiatrie-Experte“ und vertritt die Thematik sowohl außerhalb als auch innerhalb seiner eigenen Einrichtung.
- Er eignet sich spezielles Wissen an (z.B. über psychische Erkrankungen, Behandlungsformen, Belastungen der Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil, etc.).
- Er fungiert als Ansprechpartner sowohl für die Jugendhilfemitarbeiter als auch für die Klienten bezüglich Fragestellungen im Zusammenhang mit psychisch kranken Eltern.
- Er koordiniert die Kooperation mit den/der Einrichtung(en) der Psychiatrie.
- Er eignet sich Wissen über die Strukturen der psychiatrischen Einrichtungen an.

Als Ansprechpartner innerhalb der Einrichtung der Jugendhilfe fungiert:

Name: _____

Telefondurchwahl: _____

E-Mail: _____

Raum Nr.: _____

Kooperation im Einzelfall

Wenn ein psychisch erkrankter Patient eine Elternrolle wahrnimmt und

- die Lebenssituation als Elternteil für den Patienten zu einer zusätzlichen Belastungsquelle geworden ist,
- eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht sichergestellt ist,
- eine Gefährdungslage vorliegt,
- die Belastungen des Kindes zu Verhaltensauffälligkeiten und/oder einer psychischen Störung geführt haben,

setzt sich die Einrichtung, in der das Problem zuerst erkannt wird, nach einer Schweigepflichtsentbindung mit der anderen Einrichtung in Verbindung. Ansprechpartner ist der von den Eltern (Patienten) genannte fallzuständige Mitarbeiter.

Falls dieser z.B. den Eltern/Patienten nicht mehr bekannt ist/überhaupt noch kein Kontakt zur anderen Einrichtung besteht oder andere Gründe bestehen, die eine Kontaktaufnahme nicht ermöglichen, wendet sich der Mitarbeiter an den institutionsübergreifenden Ansprechpartner (den Kinder-Experten bzw. den Psychiatrie-Experten seiner Einrichtung).

Fallzuständig ist die Institution, in der das Problem zuerst erkannt wurde. Die Einrichtung bleibt so lange verantwortlich, bis eine verlässliche Übergabe an die andere Einrichtung erfolgt ist.

Institutionalisierte Formen der fallbezogenen Kooperation

Die Einrichtungen vereinbaren folgende institutionalisierte fallbezogene Kooperation (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ *Sprechstunden* des Jugendamtes und/oder der Erziehungsberatung in der psychiatrischen Einrichtung.
- ☐ *Veröffentlichung/Hinweise auf Hilfsangebote anderer Institutionen.*
- ☐ Mitwirkung eines Mitarbeiters der Erwachsenenpsychiatrie bei *Hilfeplangesprächen und Helferkonferenzen*, wenn eine psychische Erkrankung eines Elternteils bekannt ist oder vermutet wird.
- ☐ Gemeinsam von Mitarbeitern der Psychiatrie und der Jugendhilfe geleitete *Gruppenangebote für psychisch kranke Eltern* im Rahmen der Behandlung zu den Themen „Erziehung“, „Elternsein“ und „Familie“.
- ☐ Gemeinsam von Mitarbeitern der Psychiatrie und der Jugendhilfe geleitete *Eltern- bzw. Familiengespräche* zu Erziehungsfragen und -schwierigkeiten bzw. Eltern-Kind-Konflikten.

☐ _____

☐ _____

Konfliktregelungen

Im Falle eines Konfliktes zwischen den Kooperationspartnern, der scheinbar nicht zu lösen ist, kann folgende Institution/Person als Mediator hinzugezogen werden:

Im Falle eines patienten- bzw. klientenorientierten Konfliktes, der scheinbar nicht zu lösen ist, kann folgende Institution/Person als Mediator in Kraft treten (z.B. die jeweiligen Leitungskräfte, etc.):

Überprüfung der Kooperation

In regelmäßigen Abständen wird die fallbezogene Kooperationsbeziehung gemeinsam reflektiert und bewertet. Positive und negative Anmerkungen können zur Verbesserung und Stabilisierung der Kooperation beitragen.

Anmerkungen (z.B. Form der Überprüfung, Zeitraum, etc.):

Sonstige Anmerkungen:

Unterschriften der kooperierenden Institutionen:

Name der Institution
Vertreter der Institution

Name der Institution
Vertreter der Institution

Abbildung 5 (Lenz, Albert 2010: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihrer psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG)

Fragenkatalog „Erinnerung an die Zukunft“
<p>Fragen an die Familie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es ist ein Jahr vergangen und die familiäre Situation ist ganz gut geworden. Wie stellt sich das aus Ihrer (deiner) Sicht dar? Worüber sind Sie (bist du) besonders erfreut? 2. Was hat diese Entwicklung (die Sie geschildert haben, du geschildert hast) möglich gemacht? Was haben Sie (hast du) getan und welche Unterstützung haben Sie (hast du) bekommen und von wem? 3. Über was waren Sie vor einem Jahr besorgt und was hat Ihre Sorgen reduziert? 4. Was hat ganz besonders geholfen, Ihre (deine) Sorgen zu reduzieren? Wann ist Ihnen (dir) aufgefallen, dass Ihre (deine) Sorgen weniger wurden? Was haben Sie (hast du) gemacht, damit sie weniger wurden? 5. Was müsste passieren, zu welchem Zeitpunkt und was könnte die befragte Person selber dazu beitragen, um die Sorgen zu reduzieren? <p>Fragen an Personen aus dem Netzwerk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Jahr ist vergangen. Wie Sie hörten, haben sich die Dinge ganz gut für die Familie bzw. das Kind weiterentwickelt. Was haben Sie an Unterstützung zu dieser positiven Entwicklung beitragen können und was war dabei für Sie selber hilfreich? 2. Worüber haben Sie sich vor einem Jahr Sorgen gemacht, und was hat diese Sorgen reduziert? <p>Fragen an jüngere Kinder</p> <p>„Stell dir vor, es gäbe gute Feen. Und nun stell dir vor, eine gute Fee hätte euch vor einiger Zeit zu Hause besucht. Diese Fee kann Wunder bewirken. Sie kann Probleme verschwinden lassen. Was ist nach dem Besuch der guten Fee anders?“</p>

Abbildung 6 (Lenz, Albert 2010: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihrer psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG)

Netzwerkkarte
<p>Arbeitsschritte zur Erstellung einer Netzwerkkarte für Kinder von 6 bis 12 Jahren: Die Kinder werden aufgefordert, diejenigen Personen zu nennen und auf einem Blatt Papier aufzulisten,</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit denen sie sich gerne treffen, • mit denen sie sich gerne häufiger treffen würden, • die sie in den Arm nehmen und trösten, • die sie nicht ernst nehmen oder ärgern, • die verbieten und bestrafen bzw. sie belohnen und sich mit ihnen freuen, • die ihnen helfen, wenn sie etwas nicht alleine schaffen und ihnen Dinge beibringen, • die ihnen bei Schwierigkeiten mit anderen helfen, • die für sie sorgen und die Sachen in Ordnung halten und • die mit ihnen zu Abend essen und sie ins Bett bringen. <p>Arbeitsschritte zur Erstellung einer Netzwerkkarte für Kinder ab 12 Jahren sowie Eltern bzw. erwachsenen Bezugspersonen: Das Kind/der Elternteil wird zunächst aufgefordert, sich Personen aus der Familie und dem sozialen Umfeld zu überlegen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die ihm besonders nahe stehen, ohne die es sich das Leben nur schwer vorstellen kann, • die ihm wichtig sind, mit denen es gerne zusammen ist, mit denen es sich aber nicht ganz so eng verbunden fühlt, wie mit der ersten Gruppe, • mit denen es sich häufiger trifft, mit denen regelmäßige soziale Kontakte bestehen, die gefühlsmäßigen Bindungen aber eher schwächer und distanzierter sind und • die aus den drei Gruppen in Verbindung mit Problemen gesehen werden und/oder zu denen sich die Beziehungen konfliktuell und belastend entwickelt haben. <p>In einem zweiten Schritt wird das Kind/der Elternteil gebeten, die identifizierten Personen auf ein Bogen Papier mit konzentrischen Kreisen, der auf einer Korkplatte fixiert ist, um ein in der Mitte gelegenes „Ich“ mit Markierungsnadeln in einem mehr oder weniger großen Abstand entsprechend der emotionalen Bedeutung zu gruppieren. Die Markierungsnadeln können mit verschiedenfarbigen Heftetiketten zum Benennen und zur Identifizierung der Personen versehen werden.</p> <p>Zur Erleichterung der Platzierung und zur besseren Veranschaulichung der einzelnen Subsysteme des Beziehungsgeflechtes kann die Netzwerkkarte vor dem Stecken der Markierungsnadeln in einzelne Segmente unterteilt werden (z.B.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familie • Verwandtschaft • Freunde/Freizeit • Schule <p>Das soziale Netzwerk wird fotografiert oder mit unterschiedlichen Farben auf eine Netzwerkkarte übertragen.</p>

Abbildung 7 (Lenz, Albert 2010: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihrer psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG)

Krisenplan
<p>Im Krisenplan werden detaillierte und verbindliche Absprachen für Krisenzeiten vorgenommen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Benennung der Vertrauensperson aus dem Umfeld, an die sich das Kind wenden kann;• gemeinsam mit allen Familienmitgliedern wird festgelegt, wann, in welcher Form und in welchem Umfang die Vertrauensperson Hilfe und Unterstützung leisten kann bzw. soll. <p>Der Krisenplan enthält</p> <ul style="list-style-type: none">• Adresse und Telefonnummer der Vertrauensperson sowie• eine Vereinbarung, wie das Kind in der Krisensituation Kontakt aufnehmen kann. <p>Für Kinder bietet ein schriftlich fixierter Krisenplan in eskalierenden Krisensituationen neben Schutz und Sicherheit vor allem die Möglichkeit, sich in familiären Belastungssituationen auf eine vertraute Person stützen zu können, ohne in größere Loyalitätskonflikte zu rutschen oder Schamgefühle und Ängste zu entwickeln. Für die erkrankten Eltern schaffen solche verbindlichen Absprachen Entlastung von Schuldgefühlen und Sorgen in Bezug auf die Versorgung der Kinder.</p>

Krisenplan für das Kind

Meine Vertrauensperson

Das bin ich

Krisenplan von

_____ hilft mir, wenn

☐ Mama/Papa nicht für mich sorgen kann!

☐ Mamas/Papas Krankheit schlimmer wird!

☐ Mama/Papa in die Klinik muss!



So kann ich _____ erreichen:

Die Telefonnummer ist: _____

Die Handynummer ist: _____

Hier wohnt _____:

Straße, Hausnummer: _____

Ort: _____

Hier kann ich mir auch noch Hilfe holen!

Verwandte (z. B. Oma, Opa, Onkel, Tante): _____

Mein Lehrer/meine Lehrerin: Diese Lehrer und Lehrerinnen von unserer Schule finde ich gut, an sie kann ich mich wenden und Hilfe holen:

Das Kinder- und Jugendtelefon von Nummer gegen Kummer e.V.:

Telefon: 0800/1110333

Hier kann ich kostenlos anrufen (Montag bis Samstag, 14.00–20.00 Uhr).

Meinen Namen muss ich nicht sagen und die Experten am Telefon dürfen keinem erzählen, dass ich angerufen habe – auch nicht meinen Eltern!

www.nummergegenkummer.de

Mir fällt noch etwas ein, um Hilfe zu bekommen: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Kindes

Unterschrift der Vertrauensperson

Unterschrift der Eltern

So erreiche ich:

Telefon: _____

Handy: _____

Adresse: _____



Krisenplan für die Vertrauensperson

Daten der Vertrauensperson

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Zu folgenden Zeiten ist die Vertrauensperson nicht erreichbar:

Daten des Kindes

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Der Krisenplan tritt in Kraft, wenn

☐ eine Versorgung des Kindes durch den psychisch erkrankten Elternteil/durch die Eltern nicht gewährleistet ist

☐ eine Verschlechterung der Krankheit auftritt

☐ eine Klinikeinweisung notwendig wird

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Folgende Personen sollen informiert werden (Großeltern, Nachbarn, Lehrer, Erzieher, etc; Name, Telefon):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Wichtige Informationen über das Kind

Schule/Kindergarten des Kindes:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Name des Klassenlehrers/der Erzieherin: _____

☐ Die Schule/der Kindergarten soll über die Krisensituation informiert werden.

☐ Eine Ganztagsbetreuung ist möglich.

Das Kind ist zu folgenden Zeiten in der Schule/im Kindergarten:

☐ Ein aktueller Stundenplan des Kindes liegt der Vertrauensperson vor.

Das Kind kommt zur Schule/von der Schule nach Hause

☐ Mit dem Schulbus Abfahrt um _____ Uhr, Haltestelle _____

☐ Mit dem Fahrrad Das Kind fährt los um _____ Uhr

☐ Zu Fuß Das Kind geht um _____ Uhr

☐ Das Kind wird mit dem Auto gebracht/abgeholt

☐ _____

☐ _____

Die besten Freunde des Kindes sind (Name, Anschrift, Telefon):

1. _____

2. _____

3. _____

☐ Die Eltern der Freunde wissen von der psychischen Erkrankung des Elternteils und können bei Bedarf als weitere Bezugspersonen hinzugezogen werden.

☐ Das Kind kann bei den Familien der genannten Freunde im Notfall versorgt werden (den Nachmittag verbringen, essen, übernachten, etc.).

Regelmäßige Freizeitaktivitäten, Vereine, Gruppen:

Tätigkeit: _____

Wochentag/Uhrzeit: _____

Ort: _____

Ansprechpartner/Trainer: _____

Telefon: _____

Tätigkeit: _____

Wochentag/Uhrzeit: _____

Ort: _____

Ansprechpartner/ Trainer: _____

Telefon: _____

Hobbies des Kindes, beliebte Freizeitaktivitäten/Unternehmungen:

Schlafzeiten

Das Kind geht wochentags um _____ Uhr ins Bett und steht um _____ Uhr auf.

Einschlafritual (Geschichte lesen, Musik hören, etc.):

Sollte das Kind zeitweise nicht zu Hause versorgt werden können, wohnt es bei
(Name, Beziehung zum Kind, Anschrift, Telefon):

Bitte in dem Fall unbedingt mitnehmen (Spielzeug, Kuscheltier, Haustier, Lieblingsbuch, etc.):

Ärzte des Kindes (Name, Anschrift, Telefon):

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Zahnarzt: _____

Weitere Ärzte, Therapeuten, etc.:

Krankenversicherung des Kindes: _____

Das Kind nimmt regelmäßig Medikamente (Medikament, Dosierung):

Bestehende Allergien:

Wichtige Informationen über die Familie

Personen/Institutionen, die die Familie bereits unterstützen

(Ansprechpartner, Telefon): _____

Jugendamt: _____

Familienhilfe: _____

Erziehungsbeistand: _____

Sozialpsychiatrischer Dienst: _____

Beratungsstelle: _____

Weitere Personen/Institutionen:

Behandlung/Klinikaufenthalt des Elternteils:

Hausarzt/Psychiater: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Klinik: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner/behandelnder Arzt: _____

Telefon: _____

Sonstige Informationen/Anmerkungen

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift
der Vertrauensperson

Unterschrift des Elternteils/
der Eltern

Unterschrift des Kindes

Unterschrift/Institution des
beteiligten Helfers

Abbildung 8 (Lenz, Albert 2010: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihrer psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG)

Formulierungshilfen für eine kindgerechte Psychoedukation
<p>Was ist eine psychische Erkrankung?</p> <p>Es ist wichtig zu wissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine psychische Erkrankung ist eine Krankheit wie andere Krankheiten, z.B. eine Allergie, Fieber und Erkältung, Masern oder Windpocken. Alle Krankheiten werden die Familie beeinflussen. • Wenn Menschen eine psychische Erkrankung bekommen, verändern sie sich. Die Menschen können auf unterschiedliche Art und Weise verändert sein: im Verhalten, in den Gefühlen oder im Denken. • Ein Zeichen kann sein, dass es schwierig ist, mit dem Menschen, der psychisch krank ist, richtig Kontakt zu bekommen. • Manche Menschen sind so traurig, dass sie fast gar nichts schaffen/sich zu fast gar nichts aufraffen können. Sie fühlen sich so kraftlos, dass sie viel im Bett oder auf dem Sofa liegen und kaum noch die Arbeit schaffen. • Andere Menschen sind sehr ängstlich. Sie haben Angst davor, mit dem Bus zu fahren. Sie haben Angst davor, Leute zu treffen oder krank zu werden. Manchmal ist die Angst so stark, dass die Menschen viele Dinge nicht mehr tun können. • Wieder andere Menschen sind schnell wütend wegen Kleinigkeiten und dann wieder die ganze Zeit traurig, müde, schlapp und lustlos. • Andere Menschen sind tagelang ganz aufgedreht und unruhig. Sie gehen mit ihrer Unruhe und Übermut anderen Menschen so richtig auf die Nerven. • Manche Menschen geraten bei kleinen, alltäglichen Dingen ganz schnell in Panik. Oder sie regen sich wegen Kleinigkeiten fürchterlich auf und werden böse. • Manche Menschen sind zeitweise sehr verwirrt, können nicht mehr klar denken und benehmen sich oft auch eigenartig. Sie sind vielleicht so durcheinander, weil sie Stimmen hören, die sonst niemand hört oder Dinge sehen, die nicht da sind. <p>Die Krankheit deiner Mutter/deines Vaters</p> <p>Ich habe dir jetzt eine Menge über psychische Krankheiten erzählt: Du siehst, es gibt verschiedene psychische Krankheiten, die alle eine bestimmte Bezeichnung (einen bestimmten Namen) haben. Einige Bezeichnungen (Namen) hast du schon einmal gehört bzw. kennst du bereits, einige sind dir vielleicht nicht bekannt. Sie heißen: Depression, bipolare Depression, Schizophrenie, Psychose, Angststörung, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Phobie ...</p>

Die Krankheit deiner Mutter/deines Vater heißt _____ [insbesondere bei jüngeren Kindern sollte die Krankheit nochmals anschaulich beschrieben werden].

Beispiele für Formulierungen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen (siehe auch Wunderer, 2008):

- *Depression:* Man kann nicht aufhören, traurig zu sein und ist immer furchtbar müde. Man mag morgens nicht aufstehen, sich nicht anziehen, nichts kochen und nichts essen. Man mag nicht sprechen und nichts hören, weil alles so schrecklich anstrengend erscheint.
- *Manie:* Eine Manie ist das Gegenteil von Depression und tritt manchmal im Wechsel mit ihr auf (man spricht dann von einer bipolaren Depression). Man kann dann nicht still sitzen und hat das Bedürfnis, immerzu zu sprechen. Man will alles gleichzeitig machen und kann nicht schlafen, weil zu viele Gedanken und Ideen im Kopf herumswirren.
- *Schizophrenie:* Man hört, sieht, fühlt oder riecht häufig Sachen, die gar nicht da sind. Man hört z.B. Stimmen, die sonst keiner hört. Man sagt oder tut dann komische Dinge, die scheinbar keinen Sinn ergeben und manchmal auch Angst machen.
- *Phobie:* Das ist, wenn man nicht mehr aufhören kann, vor bestimmten Dingen oder Sachen Angst zu haben, z.B. in ein Kaufhaus zu gehen, mit der Straßenbahn zu fahren, mit dem Flugzeug zu fliegen (oder auch vor Spinnen, Schlangen oder vor engen Räumen). Die Angst ist dann riesengroß und man glaubt, es nicht aushalten zu können.

Mögliche Antworten auf gestellte und nicht offen gestellte Fragen der Kinder

1. Umgang im familiären Alltag

- Wenn Mutter oder Vater psychisch krank sind, beeinflusst das die ganze Familie und damit auch dich als Kind.
- Es sind nicht die Kinder, die verantwortlich sind, dass es den Eltern gut geht.
- Es ist schön, wenn du Mutter oder Vater hilfst, aber du brauchst es nicht alleine schaffen.
- Deine Mutter freut sich bestimmt, wenn du zu Hause mehr Verantwortung übernimmst: im Haushalt hilfst, mit den jüngeren Geschwistern Hausaufgaben machst, etc. Aber ihre Krankheit geht dadurch nicht weg. Dazu braucht sie die Hilfe von Fachleuten.
- Du hast ein Recht darauf, wegzugehen, dich mit Freunden zu treffen, deinen Hobbies nachzugehen, auch wenn deine Mutter/dein Vater krank ist.
- Wenn du unruhig bist oder dir Sorgen um Mutter oder Vater machst, brauchst du einen Menschen, mit dem du reden kannst.
- Es gibt viele Kinder, die Eltern haben, die psychisch krank sind.

2. Krankheitsursachen

- Psychische Erkrankungen sind nicht ansteckend.
- Wir wissen nicht alles darüber, warum Menschen psychisch krank werden.
- Fachleute denken mittlerweile, dass verschiedene Faktoren daran beteiligt sind, wenn ein Mensch psychisch krank wird: eine größer Verletzlichkeit durch Belastun-

gen, das Erleben von großen Belastungen im Leben und mangelnde bzw. nicht ausreichende Fähigkeiten mit Belastungen umzugehen.

- Es ist niemals die Schuld der Kinder, dass Eltern krank werden.

3. Behandlung

- Es gibt mehrere Formen von Behandlungen für psychische Erkrankungen: Medikamente, damit z.B. die Angst oder Traurigkeit nicht mehr schlimm ist und vor allem Gespräche über die Probleme, um Lösungen für die Probleme zu finden.
- Eine Behandlung kann ambulant (das heißt, die Mutter oder der Vater geht regelmäßig zu einem Therapeuten) oder stationär in einer psychiatrischen Klinik sein (das heißt, die Mutter oder der Vater ist für eine Weile im Krankenhaus).
- Manchmal geht die Mutter oder der Vater morgens zur Behandlung und kommt erst abends wieder nach Hause (dann spricht man von einer Tagesklinik).
- Ein Psychiater ist ein Arzt, der ein großes Wissen über psychische Krankheiten hat, der Medikamente verschreibt und mit dem Kranken spricht; der Psychotherapeut führt nur Gesprächstherapien durch.

4. Krankheitsverlauf

- So verschieden Menschen sind, so verschieden verlaufen auch die psychischen Krankheiten.
- Es gibt psychisch kranke Menschen, die nach der Behandlung gesund sind und auch bleiben.
- Einigen psychisch kranken Menschen geht es über einen langen Zeitraum ganz gut, aber dann werden sie wieder krank und brauchen wieder eine Behandlung.

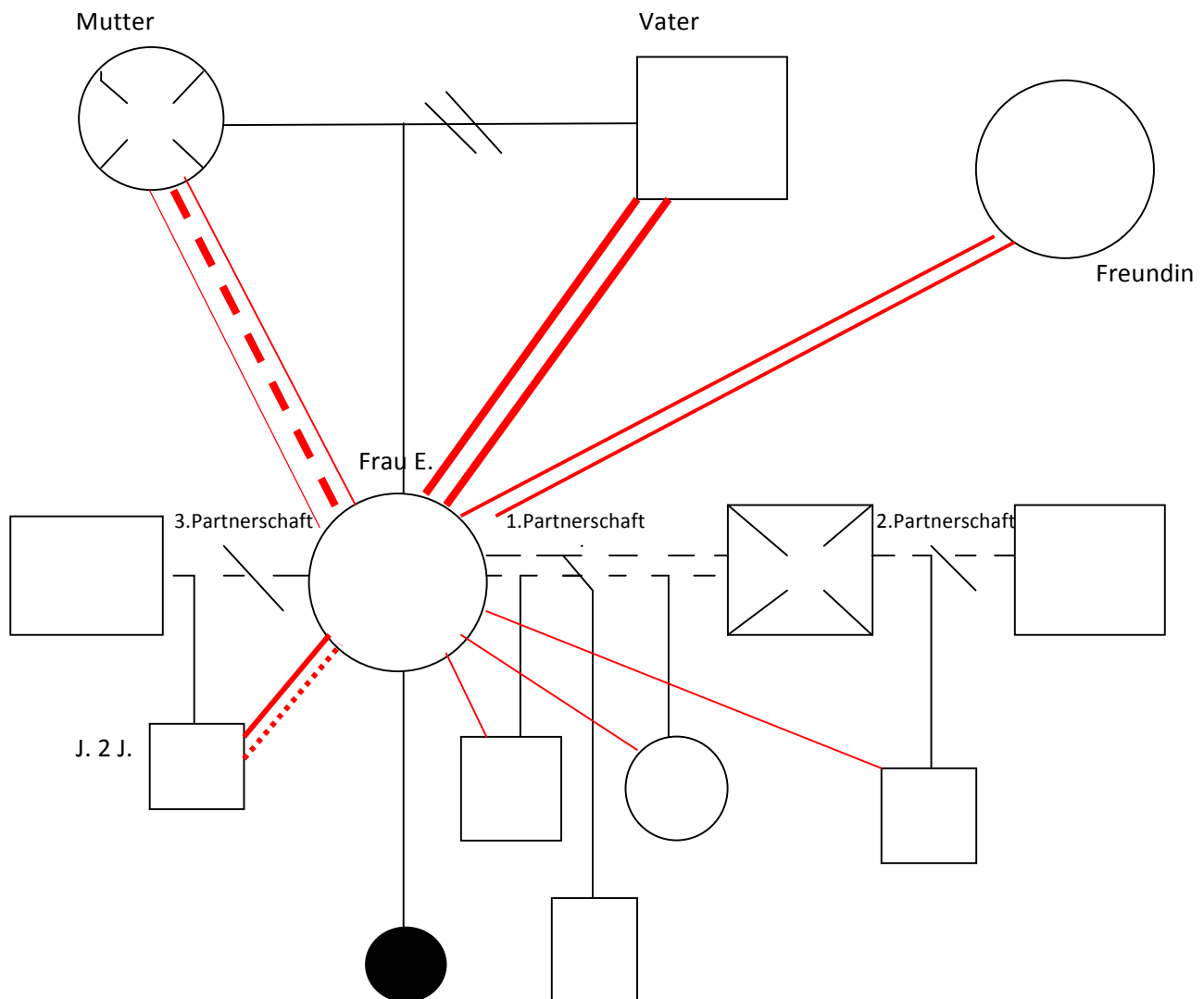
5. Erbeinflüsse

- Wir wissen, dass niemand die Krankheit direkt erbt.
- Es ist nicht so, dass du auch psychisch krank wirst, wenn deine Mutter oder dein Vater psychisch krank ist.

Abbildung 9 (Lenz, Albert 2010: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihrer psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG)

Gesprächsleitfaden – Diagnostische Fragen
<p>Diagnostische Fragen an die Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none">• Was sind die Hauptanliegen der Eltern?• Wodurch ist die Familie im Alltag aktuell am meisten belastet?• Welche familiären Ressourcen stehen zur Verfügung?• Wie erleben die Eltern gegenwärtig ihre Elternschaft und ihre Elternrolle?• Welche Sorgen und Fragen beschäftigen die Eltern im Hinblick auf ihre Kinder? <p>Diagnostische Fragen an die Eltern zum Umgang mit der Erkrankung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Wie haben beide Eltern auf die Erkrankung reagiert?• Wie hat der erkrankte Elternteil bislang die Erkrankung und die Krankheitssymptome erlebt? Wie ist er damit umgegangen?• Wie haben die Eltern auf Besserungen und Verschlechterung im Krankheitsverlauf reagiert?• Wie und worüber tauschen sich die Eltern in Bezug auf die Krankheit aus?• Wie sprechen die Eltern mit vertrauten Personen ihres familiären und sozialen Umfeldes über die Erkrankung? <p>Diagnostische Fragen an die Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none">• Was hat das Kind bisher von der elterlichen Erkrankung, der Behandlung und Prognose verstanden?• Wie erlebt das Kind die Auswirkungen der Krankheit auf das Familienleben? Was wäre in seiner Vorstellung in der Familie anders, wenn der Elternteil wieder völlig gesund wäre?• Welche Vorstellungen bestehen von der Verursachung der Krankheit?• Womit ist das Kind in Bezug auf die elterliche Krankheit innerlich am meisten beschäftigt? Welche Sorgen und Ängste bewegen das Kind dabei?• Was nimmt das Kind von den Sorgen und Ängsten der Eltern und Geschwister wahr?• Gibt es Situationen, in denen sich das Kind schlecht fühlt?• Inwieweit nimmt das Kind die Bewältigungsstrategien der Eltern bewusst wahr? („Weißt du, was dein Papa/deine Mama macht, wenn er/sie traurig ist?“)• Gibt es Lebensbereiche, die von der elterlichen Erkrankung weniger berührt sind? (Bemühungen nach Entlastung, außerfamiliäre Aktivitäten)

Genogramm



Legende

enge, emotionale Bindung



enge Freundschaft



enge, konfliktreiche Bindung



emotionale, unregelmäßige Bindung



regelmäßige Bindung



Selbständigkeitserklärung

Die vorliegende Arbeit wurde von mir selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich als solche gekennzeichnet.

Roßwein, den 21.01. 2011

Maria Törpe